

FERNANDO MARCUS FELIPPE JORGE

**PROTOCOLO INFORMATIZADO DE COLETA DE DADOS CLÍNICOS DAS
DOENÇAS ANORRETAIS**

Dissertação apresentada ao Programa da Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do grau acadêmico de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Osvaldo Malafaia

Coordenador: Prof. Dr. Antonio Carlos L. Campos

CURITIBA

2003



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CLÍNICA CIRÚRGICA
NÍVEL MESTRADO - DOUTORADO

**PARECER CONJUNTO DA COMISSÃO EXAMINADORA
DA AVALIAÇÃO DE
TESE/DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

Aluno: **FERNANDO MARCUS FELIPPE JORGE**

Título da Dissertação: **“PROTOCOLO INFORMATIZADO DE COLETA DE
DADOS CLÍNICOS DAS DOENÇAS ANORRETAIS”**

CONCEITOS EMITIDOS:

<i>Prof. Dr. Nicolau Gregori Czezko</i>	- Conceito emitido <i>A</i> Equivalência <i>9,5</i>
<i>Prof. Dr. Antonio Carlos L. Campos</i>	- Conceito emitido <i>A</i> Equivalência <i>9,5</i>
<i>Prof. Dr. Roberto Gomes de Carvalho</i>	- Conceito emitido <i>A</i> Equivalência <i>9,5</i>

Conceito Final de Avaliação:

Conceito A - 9,5

Curitiba, 31 de janeiro de 2003

Nicolau Gregori Czezko

Prof. Dr. Nicolau Gregori Czezko

Antonio Carlos L. Campos

Prof. Dr. Antonio Carlos L. Campos

Roberto Gomes de Carvalho

Prof. Dr. Roberto Gomes de Carvalho

Dedico este trabalho a minha esposa Andréa e aos meus filhos Clara e Lucas que compartilharam comigo cada instante de dedicação nesta tarefa, fontes da minha certeza do dever bem cumprido como médico, marido e pai.

Se não houve frutos,
valeu a beleza das flores.
Se não houve flores,
valeu a sombra das folhas.
Se não houve folha,
valeu a intenção da semente.

Henfil (1944 – 1988)

AGRADECIMENTOS

A CAPES e à Universidade Federal do Paraná, pela oportunidade de conhecimento científico.

Ao Prof. Dr. Osvaldo Malafaia, pela oportunidade e confiança dedicadas a mim, pelo exemplo de vida e de dedicação como professor, o qual tive a honra de ser orientado neste trabalho, que pela sua paciência e sabedoria mostrou-me limitações e ajudou-me a superá-las.

Ao Prof. Emerson Paulo Borsato, mestre em informática, pelo empenho e apoio prestados na confecção deste protocolo informatizado.

Ao Prof. Dr. Antonio Carlos Ligocki Campos, Coordenador do Programa de pós-Graduação em Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Paraná, pela confiança que demonstrou ao ter-me aceitado como aluno da pós-graduação.

Aos residentes do Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, pelo apoio prestado na confecção e implantação deste Protocolo.

A Marlei Benedita Vieira Ribeiro, funcionária do Programa de Pós-Graduação, pela sempre presente vontade de ajudar.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	v
RESUMO.....	viii
ABSTRACT.....	ix
1 INTRODUÇÃO.....	1
1.1 OBJETIVO.....	4
2 MATERIAL E MÉTODO.....	5
2.1 CRIAÇÃO DA BASE TEÓRICA DE DADOS CLÍNICOS DAS DOENÇAS ANORRETAIS (NÃO INFORMATIZADA).....	5
2.2 DESENVOLVIMENTO DE UM PROGRAMA DE COMPUTADOR PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO INFORMATIZADO DE COLETA DE DADOS.....	9
2.3 IMPLANTAÇÃO DA BASE TEÓRICA DE DADOS CLÍNICOS NO PROTOCOLO MESTRE E CONFECÇÃO DOS PROTOCOLOS ESPECÍFICOS.....	12
3 RESULTADOS.....	14
4 DISCUSSÃO.....	46
4.1 CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES.....	46
4.2 SOBRE A CONFECÇÃO DA BASE TEÓRICA DE DADOS CLÍNICOS.....	48
4.3 SOBRE A CONFECÇÃO DO PROTOCOLO INFORMATIZADO.....	49
4.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
5 CONCLUSÕES.....	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
OBRAS CONSULTADAS.....	56
ANEXO.....	61

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	SISTEMA DE SEGURANÇA, PREENCHIMENTO DO <i>LOGIN</i> E DA SENHA DE ACESSO AO PROGRAMA.....	14
FIGURA 2	TELA INICIAL DO PROTOCOLO INFORMATIZADO DE DADOS CLÍNICOS DAS DOENÇAS ANORRETAIS (USUÁRIO SIMPLES).....	15
FIGURA 3	TELA INICIAL DO PROTOCOLO INFORMATIZADO DE DADOS CLÍNICOS DAS DOENÇAS ANORRETAIS (USUÁRIO ADMINISTRADOR).....	16
FIGURA 4	ABERTURA DA OPÇÃO “PROTOCOLOS” PELO USUÁRIO SIMPLES.....	17
FIGURA 5	ABERTURA DA OPÇÃO “PROTOCOLOS” PELO USUÁRIO ADMINISTRADOR.....	18
FIGURA 6	PROTOCOLO MESTRE: DIRETÓRIOS (FECHADOS).....	19
FIGURA 7	PROTOCOLO MESTRE: PASTAS (“Sinais e Sintomas em Proctologia” a “Exame de Fezes”).....	20
FIGURA 8	PROTOCOLO MESTRE: PASTAS (“Exame de Fezes” a “Congelação”).....	20
FIGURA 9	PROTOCOLO MESTRE: PASTAS (“Congelação” a “Cintilografia em Proctologia”).....	21
FIGURA 10	PROTOCOLO MESTRE: PASTAS (“Cintilografia em Proctologia” a “Ressecção cirúrgica da criptite”).....	21
FIGURA 11	PROTOCOLO MESTRE: PASTAS (“Ressecção cirúrgica da criptite” a “Tratamento do Trauma Anorretoperineal / Corpo Estranho Anorretal”).....	22
FIGURA 12	PROTOCOLO MESTRE: PASTAS (“Tratamento do Trauma Anorretoperineal / Corpo Estranho Anorretal” a “Complicações após tratamento cirúrgico do Abscesso Anorretoperineal”).....	22

FIGURA 13	PROTOCOLO MESTRE: PASTAS (“Complicações após tratamento cirúrgico do Abscesso Anorretoperineal” a “Evolução do Câncer Anorretal após tratamento”)	23
FIGURA 14	PROTOCOLO MESTRE – UMA PASTA ABERTA	23
FIGURA 15	ALTERAÇÃO OU CRIAÇÃO DE NOVA PASTA NO DIRETÓRIO “EVOLUÇÃO PÓS-TRATAMENTO DAS DOENÇAS ANORRETAIS”	24
FIGURA 16	NOVA PASTA NO PROTOCOLO MESTRE	25
FIGURA 17	INCLUSÃO DE ARQUIVO, ESPECIFICANDO O “TIPO”	25
FIGURA 18	INCLUSÃO DE ARQUIVO, ESPECIFICANDO A “CLASSE”	26
FIGURA 19	NOVO ARQUIVO INCLUÍDO	26
FIGURA 20	INCLUSÃO DE UM ARQUIVO DENTRO DE UM ARQUIVO RAMIFICADO	27
FIGURA 21	ARQUIVOS FILHOS DO ARQUIVO RAMIFICADO	27
FIGURA 22	ACESSO AO PROTOCOLO ESPECÍFICO	28
FIGURA 23	CRIAÇÃO DE UMA NOVA DOENÇA – OPÇÃO “NOVO”	29
FIGURA 24	INSERÇÃO DE DADOS EM UMA DOENÇA – OPÇÃO “EDITAR”	29
FIGURA 25	CONFIGURAÇÃO DAS PASTAS DE UM PROTOCOLO ESPECÍFICO	30
FIGURA 26	CADASTRO DO PACIENTE	31
FIGURA 27	JANELA PRINCIPAL DO LANÇAMENTO DE DADOS	32
FIGURA 28	CONTEÚDO DE PASTAS DE UM PROTOCOLO ESPECÍFICO	33
FIGURA 29	ABERTURA DO QUESTIONÁRIO A PARTIR DAS PASTAS	33
FIGURA 30	PROTOCOLO ESPECÍFICO – DOENÇA HEMORROIDÁRIA	34
FIGURA 31	PROTOCOLO ESPECÍFICO – HEMATOMA PERIANAL	35
FIGURA 32	PROTOCOLO ESPECÍFICO – FISSURA ANAL	35
FIGURA 33	PROTOCOLO ESPECÍFICO – ABCESSO ANORRETOOPERINEAL, CRIPTITE E PAPILITE ANAL	36

FIGURA 34	PROTOCOLO ESPECÍFICO – FÍSTULA ANORRETOPERINEAL.	36
FIGURA 35	PROTOCOLO ESPECÍFICO – FÍSTULAS RETOVAGINAL E VESICORRETAL.....	37
FIGURA 36	PROTOCOLO ESPECÍFICO – INCONTINÊNCIA ANAL.....	37
FIGURA 37	PROTOCOLO ESPECÍFICO – PROCIDÊNCIA OU PROLAPSO ANORRETAL E ÚLCERA ANORRETAL.....	38
FIGURA 38	PROTOCOLO ESPECÍFICO – ESTENOSE ANAL E RETAL.....	38
FIGURA 39	PROTOCOLO ESPECÍFICO – PRURIDO ANAL E DOENÇAS DERMATOLÓGICAS PERIANAIS.....	39
FIGURA 40	PROTOCOLO ESPECÍFICO – CONDILOMA ANAL ACUMINADO E DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS ANORRETAIS.....	39
FIGURA 41	PROTOCOLO ESPECÍFICO – TRAUMA ANORRETOPERINEAL E CORPO ESTRANHO ANORRETAL.....	40
FIGURA 42	PROTOCOLO ESPECÍFICO – DOENÇA PILONIDAL SACROCOCCÍGEA.....	40
FIGURA 43	PROTOCOLO ESPECÍFICO – HIDRADENITE SUPURATIVA PERIANAL.....	41
FIGURA 44	PROTOCOLO ESPECÍFICO – PROCTITES INFLAMATÓRIAS INESPECÍFICAS, ESPECÍFICAS E ACTÍNICA.....	41
FIGURA 45	PROTOCOLO ESPECÍFICO – PÓLIPOS E NEOPLASIA BENIGNAS ANORRETAIS.....	42
FIGURA 46	PROTOCOLO ESPECÍFICO – CÂNCER RETAL.....	42
FIGURA 47	PROTOCOLO ESPECÍFICO - CÂNCER DE ÂNUS E CANAL ANAL.....	43
FIGURA 48	JANELA DE PESQUISA DOS DADOS COLETADOS.....	44
FIGURA 49	CADASTRAMENTO DE USUÁRIOS.....	45

RESUMO

Os estudos epidemiológicos descritivos conduzidos sob forma de coleta prospectiva de dados produzem resultados com qualidade superior quando comparados com revisões da literatura ou meta-análises. Nos dias de hoje, a informática ainda é muito pouco aplicada na condução de estudos envolvendo dados clínicos primários. Todavia, a melhor maneira de se coletar informações clínicas de forma prospectiva é a criação de uma base informatizada de dados clínicos encorporada a rotina hospitalar, proporcionando a coleta de dados ao longo dos anos. Com ênfase nas doenças do aparelho digestivo e especificamente nas doenças anorretais, o presente trabalho realizado na Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Paraná tem três objetivos: 1 – Criar um programa de computador (*software*) capaz de armazenar dados clínicos, de forma prospectiva, relativos às doenças anorretais. 2 – Dar condição para que este *software* seja utilizado facilmente por médicos e estudantes de medicina. 3 – Estruturar o *software* para que ele seja facilmente instalado em diferentes instituições, promovendo estudos multicêntricos. A criação do protocolo informatizado foi feita, baseando-se em livros de proctologia e em revisão da literatura relacionada ao tema. A informatização da base dados foi pautada na criação de dois protocolos: mestre e específico. No protocolo mestre foram colocados todos os dados referentes às doenças anorretais. O protocolo específico foi criado a partir do mestre, separando as características de cada doença anorretal individualmente, formando assim, dezoito doenças. A informatização dos protocolos foi feita com auxílio do Laboratório de Informática e Multimídia, locado no Setor de Ciências da Saúde do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. O programa permite que a coleta de dados clínicos seja feita por usuários previamente cadastrados, após a alta hospitalar ou ambulatorial do paciente. Após o término deste trabalho, foi possível concluir que: O *software* criado é capaz de armazenar dados clínicos, de forma prospectiva, sendo utilizado facilmente por médicos e estudantes de medicina, o qual é facilmente instalado em diferentes instituições, possibilitando estudos multicêntricos.

ABSTRACT

Prospective database researches tend to have more quality than other kind of descriptive epidemiological studies, like traditional reviews of literature or meta-analyses. Today, the computer it is rarely apply into medical research in order to create a primary clinical database. Therefore, the production of an electronic clinical database is the best way to collect clinical information. Digestive system and, specially, anorrectal diseases are the subject of this work, which was created in the Clinics-Surgery Post-Graduation program of the Universidade Federal do Paraná and has three aims: 1 – create a computer software in order to store a primary clinics database, 2 – this software can be easily manipulated 3 – this tool can be used by other medical centers to create a web clinical electronic research. To get started, a large anorrectal literature revision was made. It was based on some books of anorrectal surgery and on plenty of medical articles. During the electronic process, two protocols were created: master and specific. The master protocol was used to keep all the data about every anorrectal disease. The specific protocol was used to store different subjects that come from the master that represents each one of the eighteen anorrectal diseases. All the information was then computerized in the software with the help of the electronic research in the Laboratório de Informática e Multimídia, located in the Setor de Ciências da Saúde do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. The clinical program allows that selected users collect some data after a patient is discharged. The conclusion of this work is: the creation of the software was possible and resulted in simple software to handle. It is viable to involve other medical centers in this process of clinical electronic research by applying the same software.

1 INTRODUÇÃO

Na segunda metade do século XX, o mundo presenciou grande transformação trazida pela informática, a qual revolucionou diversas áreas de atividades, como as atividades bélicas, industriais, comerciais e de telecomunicações. Na área médica o início do emprego do computador deu-se tardiamente com intuito primariamente administrativo (BARNETT,1984).

Atualmente, a informática é utilizada na medicina como grande instrumento armazenador de dados ligados a áreas administrativas, operacionais e financeiras (KHAN,1994). A utilização de banco de dados eletrônicos voltados a atividades clínicas, em síntese, se resumem a dados de exames laboratoriais, farmácia e aos departamentos de radiologia (DICK,1992). Todavia, ainda é precária a aplicação da informática na área médica com finalidade de armazenamento de bancos de dados clínicos primários, o que seria muito louvável, principalmente nos centros médico-acadêmicos que tem por objetivo, entre outros, a produção científica, fato que resultaria num controle indiscutível da qualidade científica (SIEGEL 1987). Em 1984, Rocha Neto, no Brasil, ressaltou a importância da informatização do Sistema de Arquivo Médico (SAME) para a facilitação da pesquisa científica e ensino médico, além das atribuições administrativa e de estrutura hospitalar (ROCHA NETO, 1983).

A qualidade da informação científica na área médica está diretamente relacionada a metodologia aplicada nos estudos epidemiológicos clínicos, o que depende do desenho do estudo, da confiabilidade na coleta dos dados e sua posterior análise (PEREIRA,1995). Segundo Blettner, as principais linhas de conduta em estudos epidemiológicos utilizados atualmente são: a revisão tradicional da literatura, as meta-análises e o estudo prospectivo de coleta de dados (BLETTNER, 1999)

A revisão tradicional da literatura é metodologia que avalia um determinado assunto ou fato específico de forma qualitativa, não levando em conta a metodologia e as tendências inseridas em cada artigo individualmente (DICKERSEN, 1997). Com o surgimento da *internet*, foram criados grandes bancos de dados eletrônicos relativos a artigos científicos de publicações, como a *MEDLINE®*, organizados e dispostos de forma acessíveis pela grande rede mundial de computadores (DOYLE, 1996). Este fato que

promoveu verdadeira revolução nas revisões bibliográficas, tornando-as factíveis de serem realizadas de forma abrangente, em pouco tempo e com custos reduzidos, porém não alterou o caráter qualitativo da informação nem anulou as tendências naturais intrínsecas desta metodologia, o que limita a confiabilidade da informação gerada.

Com intuito de dar caráter quantitativo as pesquisas feitas por meio de revisões bibliográficas, surgiram as meta-análises, que em resumo, são avaliações sobre um determinado assunto ou fato específico, partindo da revisão bibliográfica, através de protocolos previamente estabelecidos para análise dos dados, originados de diversos artigos, a serem estudados. Usam-se critérios pré-determinados em relação a qualidade dos artigos utilizados (metodologia empregada a cada artigo) e a confiabilidade em seus autores (FRIEDENREICH, 1993). As variáveis relevantes em cada estudo são individualizadas. Existe a necessidade de tabulação do tamanho da amostra, do desenho do estudo, do ano da publicação, além das características próprias das amostras e outros dados relevantes. Esta homogeneização das fontes de dados da investigação é a tentativa de anular as tendências originárias de cada artigo, tentado assim, evitar os vieses que limitam a qualidade da informação gerada (STEWART, 1995). Mesmo dados considerados não significativos em estudos individuais, geralmente dados raros, podem ser avaliados através da meta-análise (re-análise), porém estes estudos, além de exigirem concordância metodológica entre os diversos autores, podem tornar-se muito demorados e com custos elevados. O processo de pareamento entre os dados dos muitos estudos analisados em uma meta-análise, para se chegar à homogeneização metodológica, muitas vezes é o fator limitador deste método, pois a diversidade do desenho metodológico peculiar de cada artigo dificulta em muito este processo e limita a aplicabilidade e a qualidade da informação gerada em uma meta-análise (LUBIN, 1995).

Os estudos prospectivos de coleta de dados apresentam planejamento, com a criação dos questionários ou formulários antes do início do estudo e posterior análise dos dados, de tal forma que minimizam o surgimento de vieses, dando maior qualidade a informação gerada. Porém estes estudos também possuem altos custo e necessitam de tempo para serem feitos (BOFFETA, 1997)

O questionário de um estudo prospectivo deve levar em conta três aspectos primordiais: O tempo de preenchimento deve ser limitado até trinta minutos, pois, além

deste período, a qualidade da informação gerada por este questionário tende a diminuir. O questionário deve ser claro, sendo disposto de forma acessível, fácil e adequado ao tema em estudo e formulado com linguagem simples e compreensível ao respondente. E, finalmente, o questionário deve ser preciso, no qual cada dado, ou questão, deve estar relacionado a um único conceito, ressaltando o caráter objetivo da informação (PEREIRA,1995).

O questionário informatizado, no qual as questões de um trabalho científico são preenchidas utilizando-se o computador, pode ser ferramenta para coleta de dados de forma prospectiva, pois permite a inclusão de dados de forma sistematizada através de um aplicativo (*software*) interligado a uma fonte de armazenamento de dados, a qual pode ser manipulada posteriormente através do cruzamento de dados gerando informações científicas de qualidade (SIGWALT,2001).

Em 1958, utilizando um computador mecânico primitivo a cartão perfurado, Lipkin e Hardy publicaram um artigo de análise de dados clínico através do computador para fazer diagnóstico diferencial de doenças hematológicas (LIPKIN e HARDY,1958). Em 1960, utilizando um computador digital, Schentfal publicou relatório sobre coleta digital de dados clínicos. O arquivo dispunha do nome do paciente, o registro, o código do diagnóstico, a história completa, o exame físico, além dos testes laboratoriais. Este dados foram colhidos por período de um ano (SCHETHAL, 1960). Em 1962, a Clínica Mayo aplicou programa computadorizado, em forma de questionário, com intuito de estabelecer a personalidade dos pacientes (ROME, 1962).

Na área cirúrgica, Blackburn, em 1971 destacou o computador como importante acessório na organização de dados dos pacientes. Na especialidade de cirurgia plástica, Lister, em 1974, criou sistema de arquivos e posterior classificação de doenças nesta especialidade, através do computador (BLACKBURN , 1971 ; LISTER,1974).

Até 2001, nada havia sido publicado referente a estudos de coleta de dados de forma informatizada e prospectiva na área da cirurgia do aparelho digestivo, quando Sigwalt publicou tese de mestrado que descrevia um protocolo informatizado de coleta de dados prospectivos em doenças esofágicas com característica de extrema objetividade.

Fazendo parte de linha de pesquisa denominada “Protocolos Informatizados” implantada pelo Programa de Pós-graduação em Clínica Cirúrgica do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, iniciado em 1999 e concretizada primeiramente

com Sigwalt em 2001, o presente estudo faz parte de um macro-programa é está relacionado às doenças anorretais, sendo assim, limitado a topografia desta região.

O tema escolhido para o desenvolvimento deste protocolo informatizado, doenças anorretais, possui relevância própria pela grande prevalência de algumas doenças que acometem esta topografia na população geral, como a doença hemorroidária que é relatada em até 50% da população acima de 50 anos, e algumas doenças raras, como o carcinoma anal que representa somente 2% das neoplasias malignas anocolorretais. Porém, clinicamente as duas doenças podem apresentar-se da mesma forma (CORMAN, 1998). Além disso, o tema é de interesse de mais que uma disciplina, envolvendo especialistas em proctologia, cirurgia geral e cirurgia do aparelho digestivo e com aplicabilidade a instituições de vários portes, sejam em serviços primários ou ambulatoriais, hospitais secundários e terciários.

1.1 OBJETIVOS

Os objetivos do estudo “ Protocolo Informatizado de Coleta de Dados Clínicos das Doenças Anorretais” são os seguintes:

a – Criar um programa de computador (*software*) capaz de armazenar dados clínicos de forma prospectiva, relativos as doenças anorretais, claro, objetivo, abrangente e atualizável.

b – Dar condição para que este programa de computador seja utilizado facilmente por médicos e estudantes de medicina, devidamente autorizados, a fim de coletar dados de forma fácil e resgatá-los para estudos futuros.

c – Estruturar o programa de computador para que ele seja facilmente instalado em diferentes instituições e os dados gerados sejam facilmente resgatados para bancos de dados centrais, promovendo estudos multicêntricos.

2 MATERIAL E MÉTODO

O “Protocolo Informatizado de Coleta de Dados Clínicos das Doenças Anorretais” é um estudo de caráter puramente descritivo, e sua exposição segue as Normas para Apresentação de Documentos Científica da Universidade Federal do Paraná do ano 2000. A confecção do protocolo informatizado será descrita de forma didática, seguindo os passos da sua implementação, em 4 fases distintas:

2.1 CRIAÇÃO DA BASE TEÓRICA DE DADOS CLÍNICOS DAS DOENÇAS ANORRETAIS (NÃO INFORMATIZADA).

O desenvolvimento de uma base teórica de dados clínicos tem por objetivo sua futura inclusão no protocolo mestre informatizado. Por sua vez, o protocolo mestre se refere ao conjunto total de dados informatizados que alimentarão vários questionários relacionados às diversas doenças a serem estudadas. Sendo que cada questionário é gerado a partir de um protocolo específico informatizado.

A base teórica de dados clínicos foi gerada a partir da revisão de literatura que seguiu os seguintes preceitos: o tema foi limitado as doenças anorretais e a população em estudo foi limitada aos adultos (maiores que 14 anos), na qual não seriam incluídas doenças de caráter congênito.

A revisão bibliográfica foi iniciada a partir da escolha de cinco livros texto atualizados na área de proctologia. Os livros foram : *Surgery of the Anus, Rectum and Colon* (KEIGHLEY, 1997); *Colon and Rectal Surgery* (CORMAN, 1998); *Coloproctologia: Propedêutica Geral - v.I / Coloproctologia: Propedêutica Nosológica - v.II / Coloproctologia: Terapêutica - v.III* (CRUZ, 1999-2000); *New Trends in Coloproctology* (REIS NETO, 2000); *Hand Book of Colon & Rectal Surgery* (CORMAN, 2002). Complementando as consultas aos livros texto, fez-se levantamento sobre cada doença estudada através de busca ativa na *internet* pelos portais <<http://www.ncbi.nlm.gov/PubMed/>> e <<http://www.bireme.com.br>> nas bases de dados *MEDLINE* e *LILACS*, respectivamente. Foram levantados artigos relevantes sobre cada doença publicados nos últimos 5 anos (1998 a 2002).

Após a revisão da literatura, as doenças estudadas foram dispostas e relacionadas, na medida do possível, à Classificação Internacional de Doenças (CID 10) (ROCHA, 1994), porém, na maioria dos casos, ocorreu o agrupamento de algumas entidades nosológicas em um único título, por afinidades dos dados gerados de cada doença ou pela consagração da abordagem na literatura. As doenças foram dispostas em 18 itens.

A seguir estão as 18 doenças e suas correlações ao CID-10:

- 1- Doença Hemorroidária: Inclui todas as formas de apresentações da doença hemorroidária (CID: I 84.0 a I 84.9).
- 2- Hematoma perianal: Inclui hematoma perianal, sem CID específico.
- 3- Fissura Anal: Inclui fissura anal aguda (CID: K60.0), fissura anal crônica (CID: K60.1) e a fissura anal não especificada (CID: K60.2).
- 4- Abscesso Anorretoperineal, Criptite e Papilite Anais: Inclui todas as formas de apresentação de abscessos anorretoperineais (CID: K60), abordando conjuntamente as criptites e papilites que fazem parte dos processos infecciosos anorretais, sem que estes tenham CID específicos.
- 5 - Fístula Anorretoperineal: Inclui a fístula anal (CID: K60.3), a fístula retal (CID: K60.4) e a fístula anorretal (CID: K60.5)
- 6- Fístulas Retovaginal e Vesicorretal: Inclui a fístula retovaginal (CID: N82.3) e a fístula vesicorretal (CID N32.1), além de fístulas para outros órgãos, sem CID específico.
- 7- Incontinência Anal: Inclui incontinência fecal (CID: R 15).
- 8- Procidência, Prolapso Anorretal e Úlcera Anorretal: Inclui prolapso anal (CID: K62.2), prolapso retal (CID: K62.3) e a úlcera retal solitária (CID: K62.6), fazendo parte de uma única entidade.
- 9- Estenose Anal ou Retal: Abrange as estenoses anais e estenoses retais de diferentes etiologias (CID K62.4)
- 10- Prurido Anal e Doenças Dermatológicas Perianais: Inclui o prurido anal (CID: L 29.0) podendo este ser primário, ou secundário a diversas formas de dermatopatias perianais, primárias (CID: L 00 a L 99) ou secundárias a condições diversas (proctológicas, infecto-parasitárias, actínicas e outras), sem CID específico.

- 11- Condiloma Anal Acuminado e Doenças Sexualmente Transmissíveis Anorretais: Inclui o condiloma anal acuminado (CID: A 63.0) e toda doença sexualmente transmissível que acometa a região anorretal (CID: A 50 a A 64).
- 12- Trauma Anorretoperineal e Corpo Estranho Anorretal: Inclui traumatismo do reto (CID S 36.6) e corpo estranho no ânus e reto (CID: T18.5)
- 13- Doença Pilonidal Sacrocócea: Inclui cisto pilonidal com abscesso (CID: L05.0) e cisto pilonidal sem abscesso (CID: L05.9).
- 14- Hidradenite Supurativa Perianal: Inclui hidroadenite (CID: L73.2)
- 15- Proctites Inflamatórias Inespecíficas, Específicas e Actínicas: Inclui doença de Crohn no reto (CID: K50.1), proctite ulcerativa idiopática (CID: K51.2), proctite por radiação (CID: K62.7) e outras proctites específicas relacionadas as doenças infecto-parasitárias (CID: K62.9)
- 16- Pólipos e Neoplasia Benignas Anorretais: Inclui pólipos anal (CID: K 62.0), pólipos retal (CID: K62.1), neoplasia benigna de reto (CID: D12.8) e neoplasia benigna do canal anal e ânus (CID: D12.9).
- 17- Câncer Retal: Inclui as neoplasias malignas do reto (CID: C 20)
- 18- Câncer de Ânus e Canal Anal: Inclui as neoplasias malignas do ânus e canal anal (CID: C 21).

Na revisão bibliográfica fez-se o levantamento de toda a informação que tivesse a característica de possível dado de relevância clínica nas doenças anorretais, como por exemplo, a posição de uma lesão específica, uma droga usada em um tratamento específico, sintoma específico como ritmo intestinal determinado, ou mesmo, o resultado de um exame laboratorial. Ao todo foram levantados 3903 dados. Estes dados levantados foram agrupados em 85 assuntos relacionados a temas específicos de investigação, como por exemplo, o tratamento cirúrgico de uma doença específica, ou mesmo, um tipo específico de exame de imagem. A cada um destes 85 assuntos atribuiu-se o nome de pasta. As pastas foram incorporadas a sete grandes títulos, sendo que cada um recebeu a denominação de diretório. Os diretórios estão dispostos na ordem clínica natural, seguindo a investigação, o tratamento e a evolução das doenças anorretais.

Estes diretórios são :

- 1- Quadro Clínico em Proctologia

- 2- Exame Físico e Endoscópico Proctológicos
- 3- Exames Laboratoriais e Específicos em Proctologia
- 4- Exames Anatomopatológicos em Proctologia
- 5- Radiologia em Proctologia
- 6- Terapêutica em Proctologia (Doenças Anorretais)
- 7- Evolução Pós-tratamento das Doenças Anorretais

No arranjo da base teórica de dados clínicos, os diretórios estão destacados e seus títulos apresentam letras maiúsculas, da mesma forma que as pastas, sendo que estas, possuem um espaçamento maior da margem esquerda e não estão em letras maiúsculas, sendo estes precedidos pelos números 1 e 2, respectivamente. Os dados estão dispostos a partir de um espaçamento maior da margem esquerda em relação às suas pastas. O número que precede o dado indica as ramificações dele em relação ao seu diretório, ou seja, os dados iniciam a partir do número 3, pois antes deste existe uma pasta (2) e um diretório (1). Sendo assim, os dados com número 4 são sub-divisões de um dado de número 3, os dados de número 5 são sub-divisões de um dado de número 4 e assim por diante. A seguir apresenta-se um exemplo em forma de tabela:

TABELA - DISPOSIÇÃO DOS DADOS NA BASE TEÓRICA DE DADOS CLÍNICOS

DIRETÓRIO (1)	PASTA (2)	DADO (3)	DADO (4)	DADO (5)	DADO (6)	DADO (7)
1 EXAME FÍSICO E ENDOSCÓPICO PROCTOLÓGICOS						
	2 Anuscopia					
		3 Anuscopia alterada				
			4 Mamilos hemorroidários			
				5 Mamilos internos		
					6 Primeiro grau	
						7 Lateral esquerda

O resultado final desta primeira fase do estudo foi a criação da base teórica de dados clínicos, a qual se encontra em anexo na forma de organograma, sendo que os números que acompanham os diretórios, pastas e dados categorizam estes termos.

2.2 DESENVOLVIMENTO DE UM PROGRAMA DE COMPUTADOR PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO INFORMATIZADO DE COLETA DE DADOS

A estrutura do programa de computador, basicamente, é formada por dois componentes. O primeiro é representado por um banco de dados, o qual é gerenciado pelo segundo componente, o aplicativo propriamente dito. O banco de dados foi gerado a partir do programa *Access®* e o aplicativo (*software*) foi programado com a linguagem de computador *Delphi®*, o qual organiza, alimenta e manipula os dados que são armazenados pelo *Access®*. O programa é projetado para ser transportado e instalado através de *CD-ROM*. Sendo elaborado para rodar em computadores configurados com sistema operacional *Microsoft Windows 98®* ou mais avançados, necessitando de 8 *megabites* de memória RAM. A instalação do programa se faz pela simples introdução do *CD-ROM* na unidade específica do computador.

O sistema de navegação do programa de computador, para reconhecimento dos componentes contidos na interface, é idêntico ao sistema operacional do *Microsoft Windows®* e sua apresentação se faz através de um ícone denominado Protocolo localizado no *desktop*.

O *software* possui sistema de segurança, que exige o código e a senha do interessado em acessá-lo. Apresenta duas formas diferentes de navegação. A primeira é como usuário administrador que dá acesso total ao programa, aos protocolos mestre e específicos, dados coletados e ao cadastro dos usuários (sistema de segurança), além de permitir o uso das funções normais do usuário simples, descritas a seguir.

A segunda forma de navegar é como usuário simples, módulo destinado aos coletadores de dados que alimentarão o protocolo informatizado com as informações referentes aos pacientes. Além disso o usuário simples pode incluir novos pacientes no protocolo.

Após a confirmação do código e da senha, o sistema apresenta uma tela contendo uma barra de opções na sua margem superior, que varia dependendo do tipo de navegador, usuário administrador ou usuário simples. Para o usuário administrador o programa apresenta, nesta barra, três opções de janela de acesso: “Protocolos”, “Cadastro de

pacientes” e “Usuários”, enquanto que, para o usuário simples as janelas de acesso são: “Protocolos” e “Cadastro de pacientes”.

O item “Protocolos” permite ao usuário administrador, o acesso aos protocolos mestre e específicos, através das suas duas primeiras opções (sub-itens) : “Mestre” e “Específico”. Estas duas opções não aparecem para o usuário simples. A aplicação destes sub-itens permite, ao administrador, a inclusão de novos dados, ou mesmo alterações, na base de dados do protocolo mestre e realizar reestruturações nos protocolos específicos. O terceiro sub-item “Lançar dados” é acessível também ao usuário simples. Para este aparece como a primeira opção, já que os sub-itens “Mestre” e “Específico” são exclusivos do usuário administrador. Este sub-item dá acesso à tela de preenchimento dos protocolos específicos (questionários das doenças) após a escolha do paciente e da doença atribuída a este. O quarto sub-item “Pesquisa” é também exclusivo ao usuário administrador e permite o levantamento de dados já lançados nos protocolos específicos. A última opção comum aos dois tipos de usuários é o sub-item “Sair”, usado para fechar o programa.

O item “Cadastro de pacientes” , segundo da barra de opções, é comum aos dois tipos de usuários (administrador e simples). Esta opção permite o cadastramento de um novo paciente, assim como dá acesso ao banco de dados cadastrais de todos os pacientes coletados.

O item “Usuários” é exclusivo ao administrador, permitindo-o cadastrar novos usuários em simples ou em outros administradores, ou mesmo alterar cadastros antigos. Faz parte do sistema de segurança do *software*.

O sistema utilizado para carregar a base teórica de dados clínicos no protocolo mestre é baseado em um esquema composto por pastas, arquivos e arquivos ramificados, distribuídos em gerações, sendo que a cada componente pode-se adicionar arquivos ou pastas irmãos ou filhos.

As pastas são elementos organizadores de grupos de arquivos, categorizando-os, como por exemplo: a pasta “tratamento de uma doença” agrupa alguns arquivos; por sua vez, os arquivos contidos nesta pasta representam os dados objetivos. Seguindo o exemplo anterior pode-se obter: arquivo “tratamento A” , arquivo “tratamento B” ou arquivo “tratamento C”. A escolha ou o sentenciamento destes arquivos pode ser feita de duas formas: a múltipla seleção (múltipla escolha) ou como de única seleção. Existem arquivos

que necessitam de sub-divisões para completar a informação. Continuando-se com o exemplo do arquivo “tratamento A”, supõe-se que tratamento seja composto de duas modalidades distintas. O arquivo “tratamento A” apresentará duas sub-divisões, o que caracteriza um arquivo ramificado, passando a conter o arquivo “tratamento A1” e o arquivo “tratamento A2”, passíveis de escolha (neste caso obrigatoriamente de única seleção).

Este sistema de pastas e arquivos é distribuído em diferentes gerações, criadas através de dois comandos simples: o comando “Adicionar irmão” e o comando “Adicionar filho”. Tomando o exemplo anterior, após a sentença do arquivo “tratamento A”, através do comando “Adicionar irmão” criou-se o arquivo “tratamento B” e através do comando “Adicionar filho” criou-se o arquivo “tratamento A1”. No momento da criação de um arquivo (inclusão) ele deve ser classificado em arquivo (simples) ou arquivo ramificado e em arquivo de múltipla ou de única escolha, dependendo da característica própria do dado.

O protocolo mestre, acessível pelo sub-item “Mestre”, quando vazio, apresenta-se com uma sentença raiz (*root*), sendo que a partir desta pasta é criado o banco de dados mestre. As duas primeiras gerações deste protocolo, incluindo a geração da sentença *root*, são formadas exclusivamente por pastas e a partir da terceira geração só existem arquivos, sejam estes ramificados ou simples. Os elementos contidos em uma pasta ou artigo, pertencentes a uma geração posterior (filhos), podem permanecer ocultos se esta pasta ou arquivo estiver fechado. Neste caso, a sentença apresenta um sinal positivo a sua esquerda. Ou, estes elementos podem estar expostos, apresentando sinal negativo a esquerda da sentença. Por este princípio, os arquivos simples não possuem sinais a sua esquerda. Os elementos inseridos no protocolo mestre podem ser modificados a qualquer momento pelo usuário administrador através dos comandos “Alterar”, “Deletar” e “Atualizar”. Cada elemento do protocolo mestre está relacionado a um número (porção inferior da janela) que é o localizador deste dado na memória do programa.

Os protocolos específicos são formados a partir da seleção de pastas contidas no protocolo mestre relacionadas a doença em questão. Isto é feito através do acesso do sub-item “Específico” vinculado ao item “Protocolo” da barra de opções, que se abre em duas opções “Novo” ou “Editar”. A primeira opção se destina a criação de um novo protocolo específico, para isto, é necessário um código (número do protocolo), um título (nome da

doença) e sua descrição (Classificação Internacional de Doenças, CID-10). A opção “Editar” permite configurar as pastas contidas em cada novo protocolo específico, assim como modificar protocolos específicos já existentes. Porém, a partir do momento que um protocolo específico começa a ser carregado com dados externos lançados por um coletador, sua distribuição de pastas não pode mais ser alterada. No entanto, cada pasta pode ter seu conteúdo alterado através do protocolo mestre, dando um caráter dinâmico e atualizável aos protocolos específicos.

A utilização do *software* como aplicativo simples, ou seja, o preenchimento por médicos dos protocolos específicos com dados de pacientes, se faz primeiramente pelo cadastramento do paciente no momento de sua alta (hospitalar ou ambulatorial) ou óbito. A janela “Cadastro de pacientes”, pertencente a barra de opções, solicita dados cadastrais subjetivos (número do prontuário, nome do paciente, CPF, registro geral de identidade e data de nascimento) e objetivos (sexo e raça), e permite alterar dados de pacientes anteriormente cadastrados. Após a inclusão do novo paciente abre-se o sub-item “Lançar dados”, vinculado ao item “Protocolo” da barra de opções. Esta tela solicita a seleção de um paciente e de uma doença específica, além das datas de internação e de alta. Após este procedimento, o programa se transforma em um questionário objetivo, fechado e com opções diretas, avançando-se através de abertura das pastas específicas. Os dados assinalados são automaticamente armazenados no banco de dados (dados coletados).

A avaliação dos dados coletados pode ser feita acessando-se o sub-item “Pesquisa”, vinculado ao item “Protocolo” da barra de opções. Este item solicita o protocolo específico a ser pesquisado e dá opções para delimitação da pesquisa (sexo, raça, datas de nascimento, datas de internação e altas). A partir daí o administrador pode recrutar os itens armazenados no banco de dados coletados.

2.3 IMPLANTAÇÃO DA BASE TEÓRICA DE DADOS CLÍNICOS NO PROTOCOLO MESTRE E CONFECÇÃO DOS PROTOCOLOS ESPECÍFICOS.

Conforme referido anteriormente, o protocolo mestre deve ser carregado com as informações contidas na base teórica de dados clínicos (descrita no tópico 2.1). Para tanto, foi utilizada a infra-estrutura do Laboratório de Informática e Multimídia do Programa de

Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica no Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, designado ao desenvolvimento de pesquisas clínicas voltadas à área de informática. Este laboratório, conta com vários microcomputadores ligados em rede que podem ser utilizados pelos pesquisadores ou pelos programadores de sistemas. O protocolo referente às doenças anorretais foi desenvolvido em uma destas máquinas.

O carregamento da base teórica de dados clínicos no protocolo mestre (descrito no tópico 2.2) seguiu a mesma estrutura demonstrada no conteúdo do anexo, sendo que as duas primeiras pastas do protocolo mestre (duas primeiras gerações) foram carregadas, respectivamente, com os diretórios (1) e as pastas (2) da base de dados clínicos. Os arquivos (3, 4, 5, 6, 7 e 8) também seguiram a ordem de disposição dos dados da base de dados clínicos, conservando-se as ramificações estabelecidas por estes números.

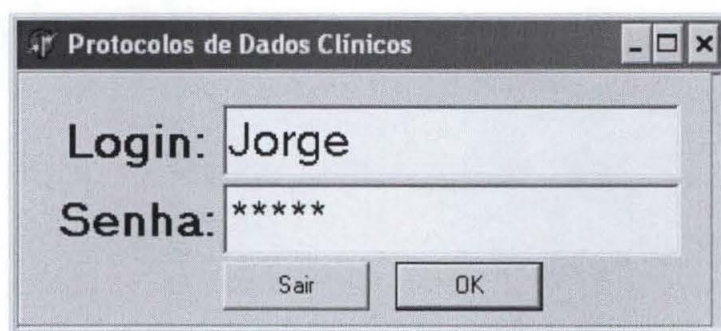
Após completada a inclusão de todos os dados no protocolo mestre, foram confeccionados os 18 protocolos específicos, através da seleção individualizada de cada pasta. As pastas contidas nos diretórios “Quadro Clínico em Proctologia” e “Exame Físico e Endoscópico Proctológicos” são comuns a todos os protocolos específicos, com exceção da pasta “Colonoscopia”. Nos diretórios subsequentes, a distribuição das pastas depende dos assuntos específicos relacionados a cada doença. Algumas pastas são comuns a vários protocolos e algumas são específicas a uma determinada doença.

3 RESULTADOS

Os resultados deste estudo serão demonstrados através de figuras correspondentes as diversas telas que ilustram os componentes do *software*. Para melhor ser compreendido, o leitor pode fazer o *download* do programa, instalando o *CD-ROM* que acompanha este texto, e navegar pelo programa simultaneamente a leitura.

Ao iniciar o programa, após clicar sobre o ícone Protocolo, o *software* executa a tela de segurança. Esta exige o preenchimento do *login* e da senha do usuário.

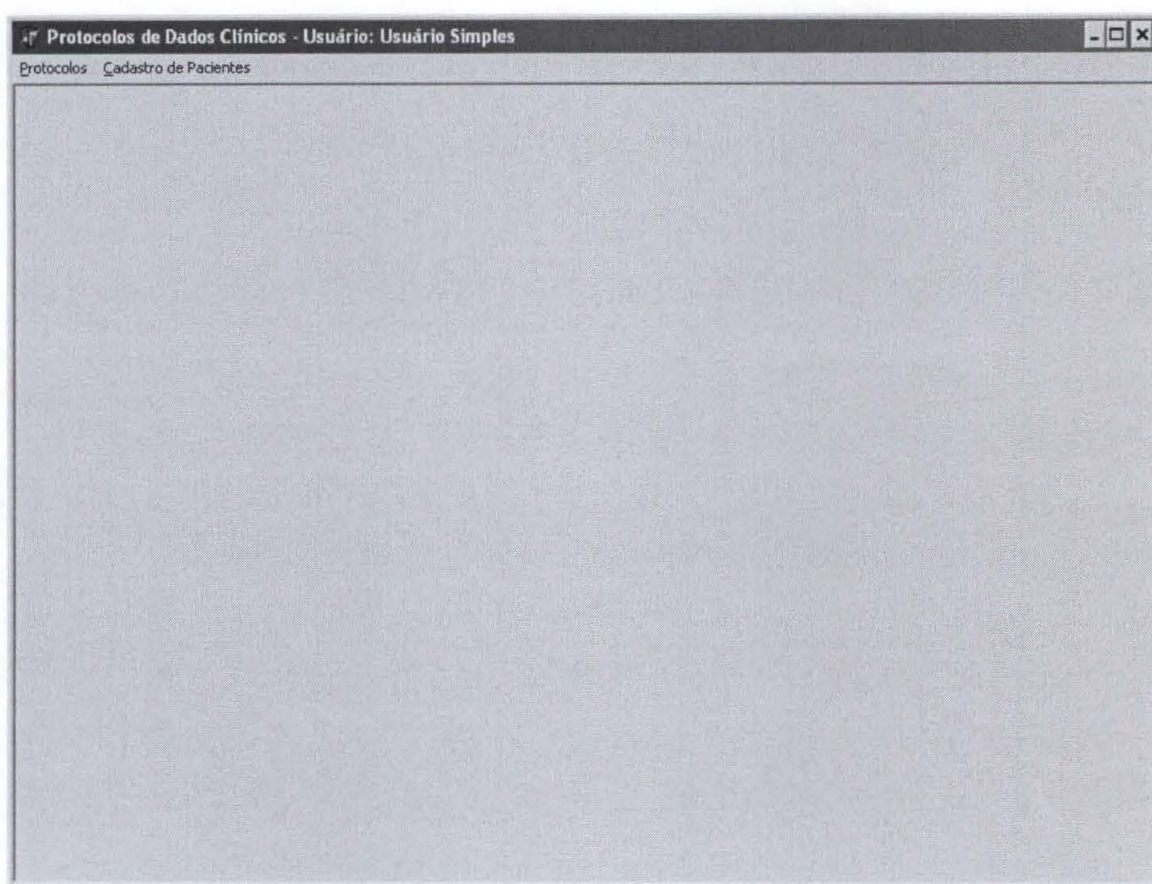
FIGURA 1 – SISTEMA DE SEGURANÇA, PREENCHIMENTO DO *LOGIN* E DA SENHA DE ACESSO AO PROGRAMA



Dependendo do tipo de cadastramento que o usuário possui, selecionado previamente por um administrador, o programa pode abrir em módulo de navegação para usuário simples ou em módulo de navegação para usuário administrador.

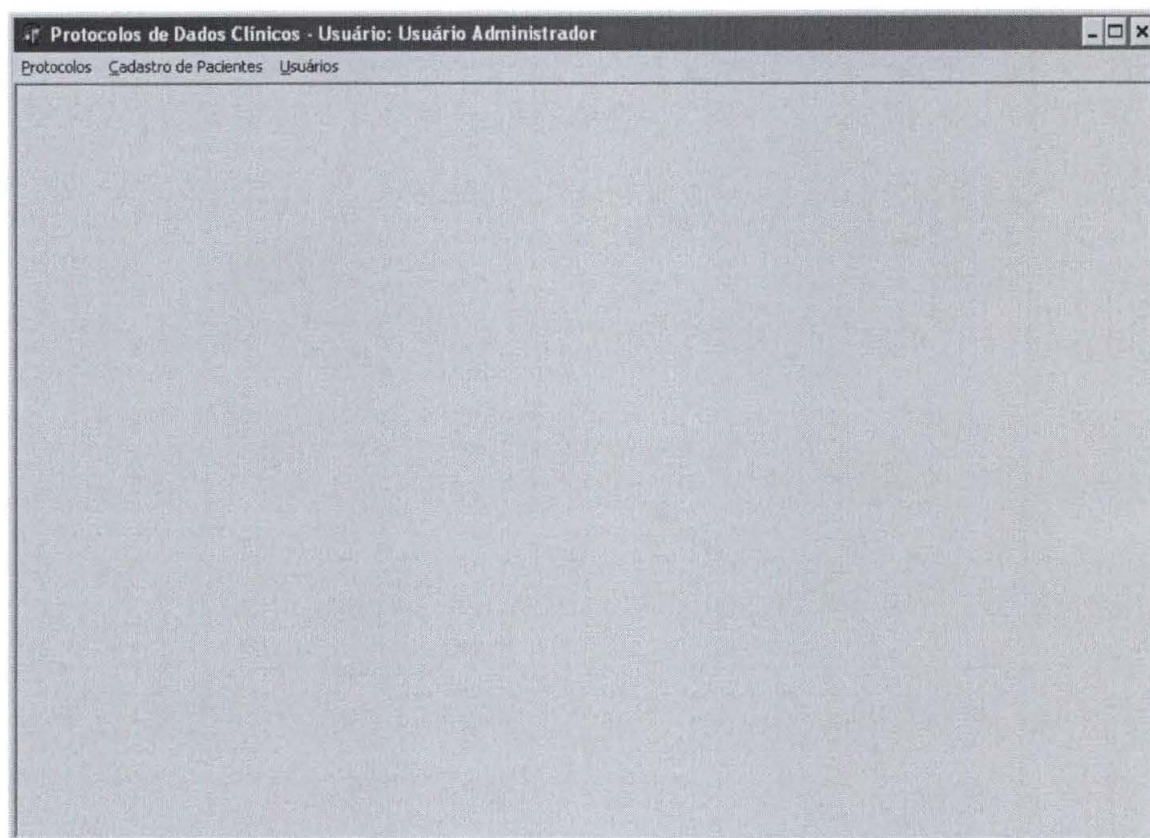
Após a abertura do programa, este passa a ser visualizado como tela cheia, sendo identificado pelo título do programa e o nome do usuário. Esta tela apresenta uma barra de opções em sua porção superior, sendo que, dependendo da categoria do usuário possuirá em sua barra de opções dois itens: "Protocolos" e "Cadastro de pacientes" (usuário simples), ou três itens: "Protocolos", "Cadastro de pacientes" e "Usuários" (usuário administrador), demonstrado nas figura 2 e 3. Esta diferença impede o usuário comum ter acesso ao sistema de segurança do programa.

FIGURA 2 - TELA INICIAL DO PROTOCOLO INFORMATIZADO DE DADOS CLÍNICOS DAS DOENÇAS ANORRETAIS (USUÁRIO SIMPLES)



O usuário simples através do seu *login* e a sua senha só tem permissão para entrar nesta tela. Sendo assim, o simples coletador de dados só terá duas opções de escolha: “Protocolos” e “Cadastro de Pacientes”.

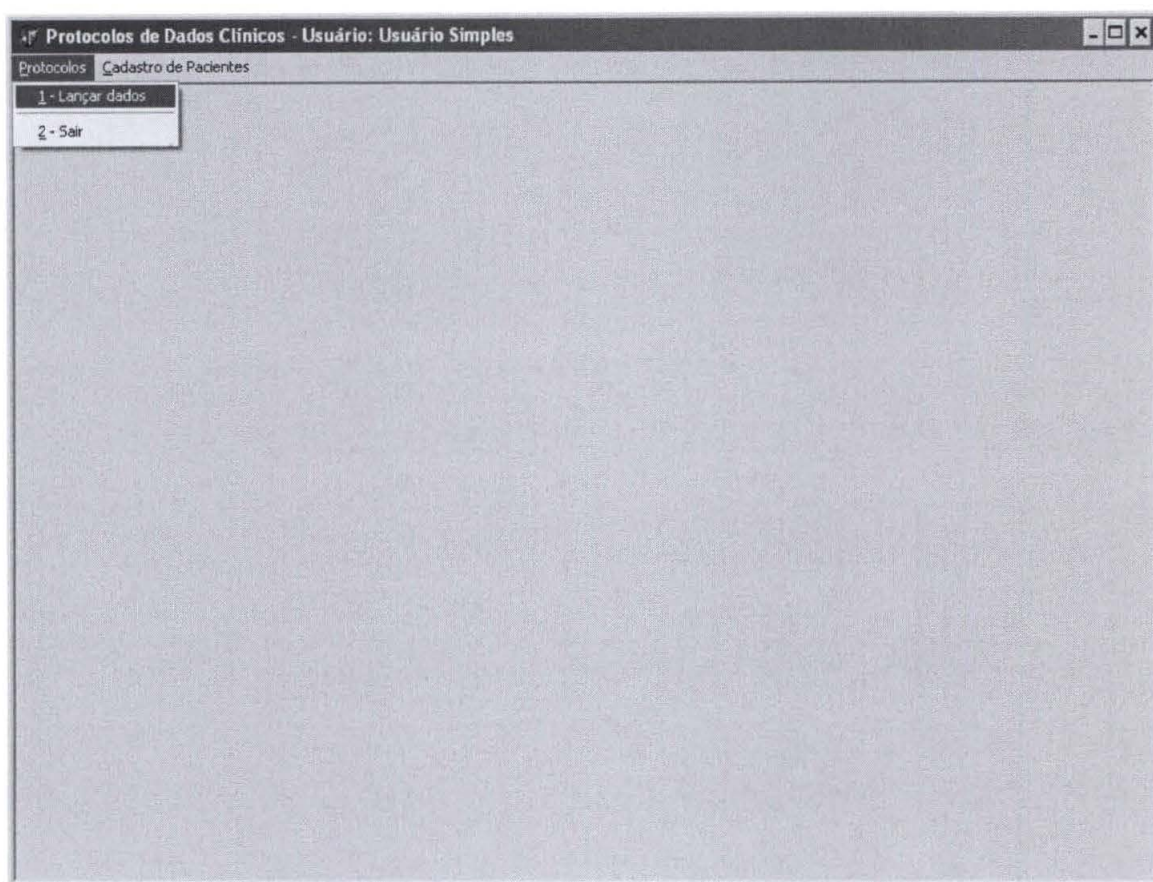
FIGURA 3 - TELA INICIAL DO PROTOCOLO INFORMATIZADO DE DADOS CLÍNICOS DAS DOENÇAS ANORRETAIS (USUÁRIO ADMINISTRADOR)



A tela de entrada do usuário administrador, além das opções “Protocolos” e “Cadastro de Pacientes”, possui a opção “Usuários” inacessível ao usuário comum. Sendo esta última a função que dá permissão a um interessado em utilizar o *software*.

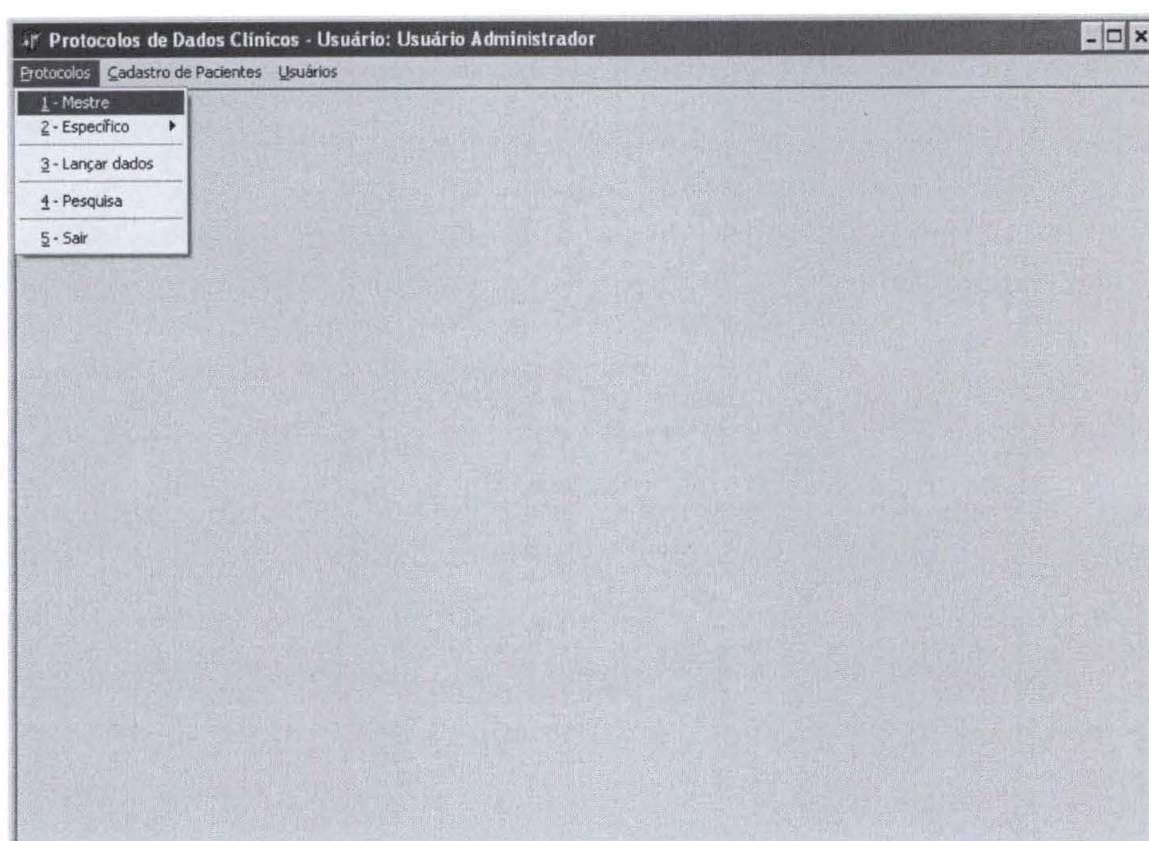
Na tela do usuário simples a opção “Protocolos” pode ser aberta em dois sub-itens: “Lançar dados” e “Sair”, como ilustrado na figura 4.

FIGURA 4 - ABERTURA DA OPÇÃO “PROTOCOLOS” PELO USUÁRIO SIMPLES



O usuário administrador ao abrir a opção “Protocolos”, identifica quatro sub-itens: “Mestre”, “Específico”, “Lançar dados”, “Pesquisar” e “Sair”, demonstrado na figura 5, sendo que, destes sub-itens o usuário simples só tem acesso a “Lançar dados” e “Sair” .

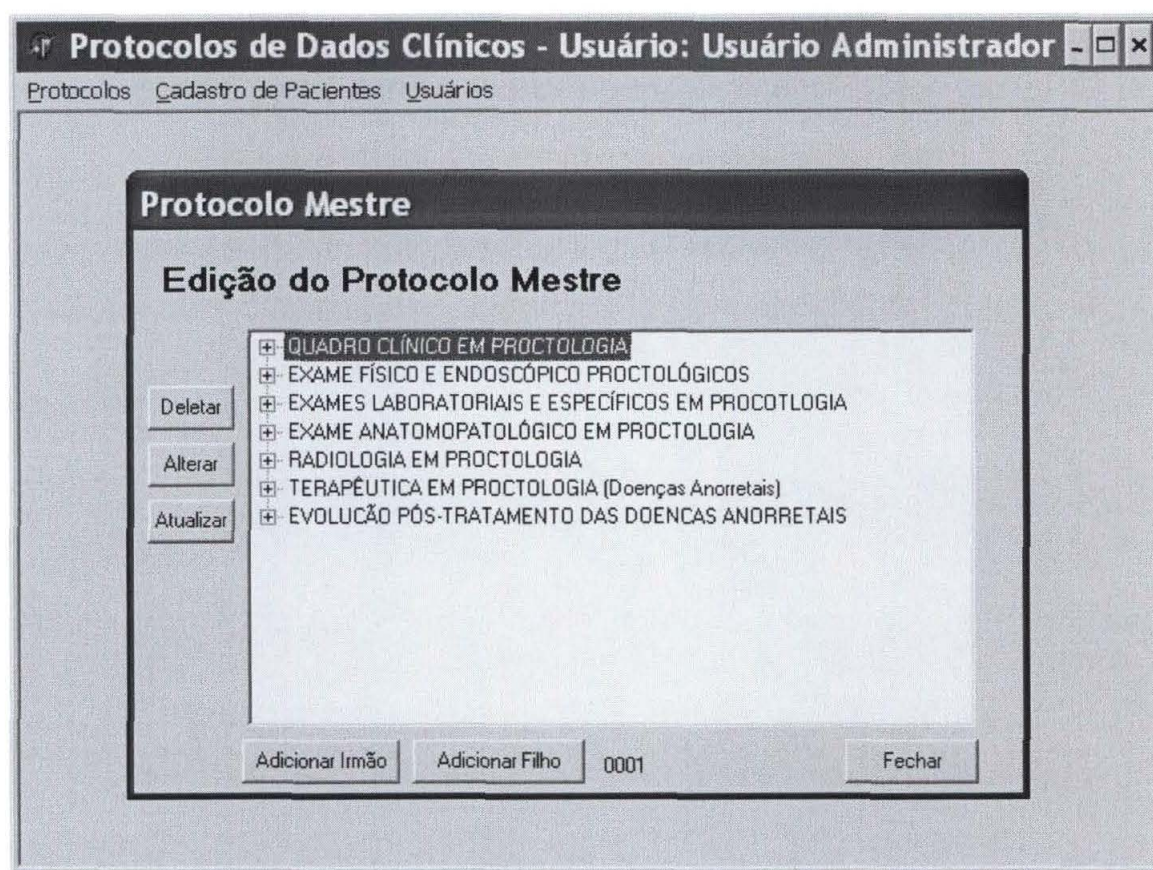
FIGURA 5 - ABERTURA DA OPÇÃO “PROTOCOLOS” PELO USUÁRIO ADMINISTRADOR



A abertura do sub-item “Mestre” dá acesso ao usuário administrador, ao protocolo mestre, exibindo sua janela de edição. Este é composto por uma tela apresentando os sete

diretórios do protocolo mestre. O sinal positivo a esquerda de cada diretório indica que os seus conteúdos estão ocultos (fechados), conforme demonstrado na figura 6.

FIGURA 6 – PROTOCOLO MESTRE: DIRETÓRIOS (FECHADOS)



O conteúdo de cada diretório pode ser revelado pelo simples clicar do *mouse* sobre o sinal positivo (abertura da chave) com exposição das suas pastas. O sinal negativo indica a abertura do diretório.

As figuras de 7 a 13 demonstram todas as pastas contidas nos diretórios (abertos).

FIGURA 7 – PROTOCOLO MESTRE: PASTAS (“Sinais e Sintomas em Proctologia” a “Exame de Fezes”)

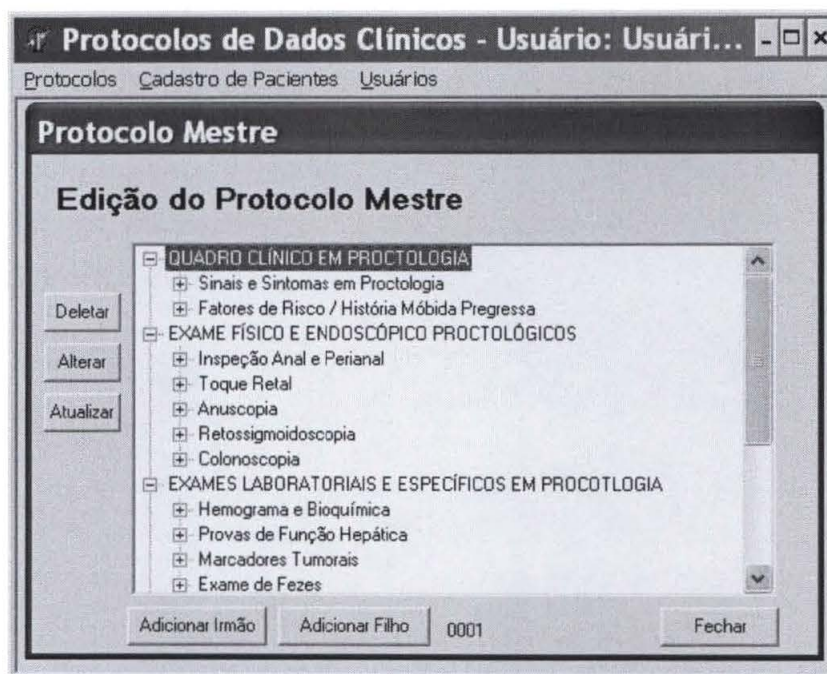


FIGURA 8 – PROTOCOLO MESTRE: PASTAS (“Exame de Fezes” a “Congelação”)

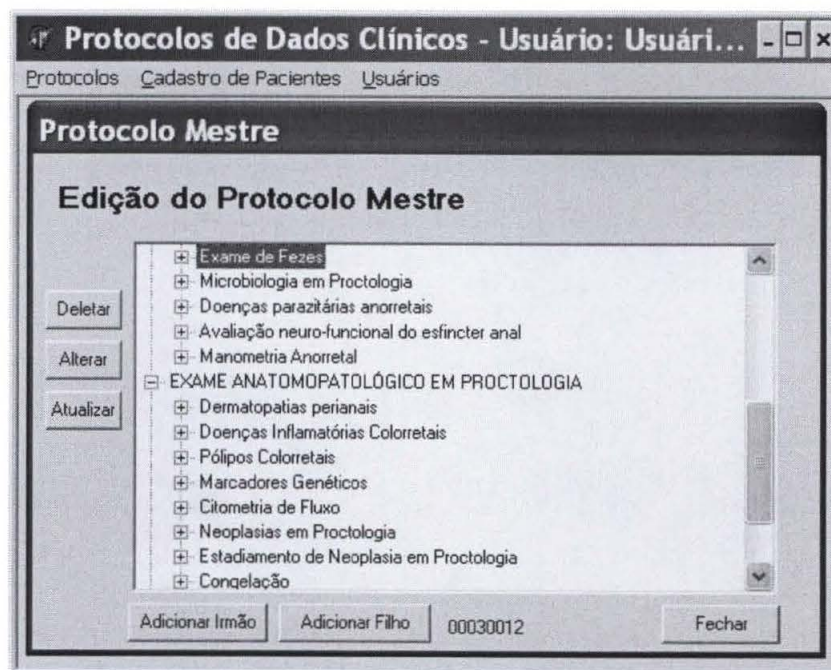


FIGURA 9 – PROTOCOLO MESTRE: PASTAS (“Congelação” a “Cintilografia em Proctologia”)

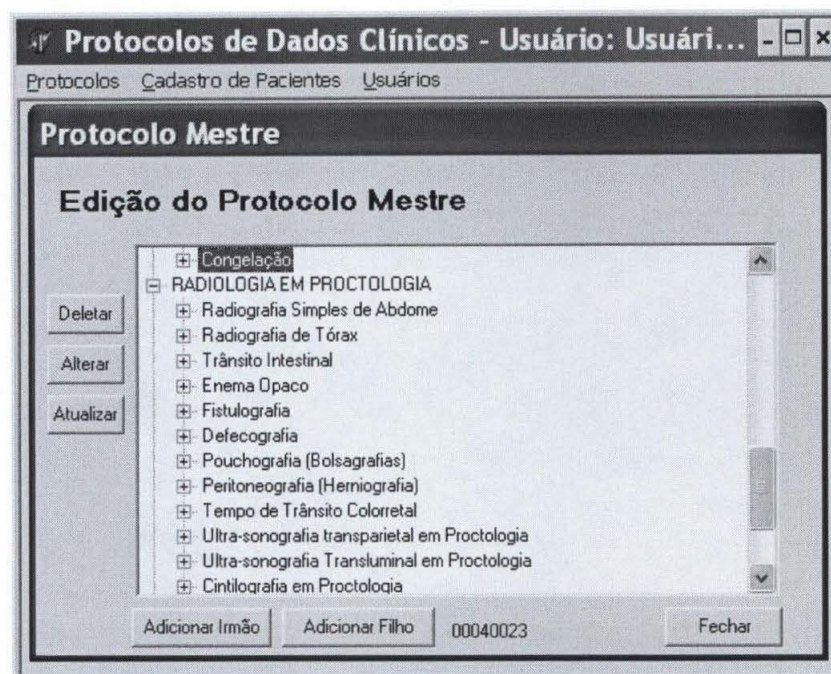


FIGURA 10 – PROTOCOLO MESTRE: PASTAS (“Cintilografia em Proctologia” a “Ressecção cirúrgica da criptite”)

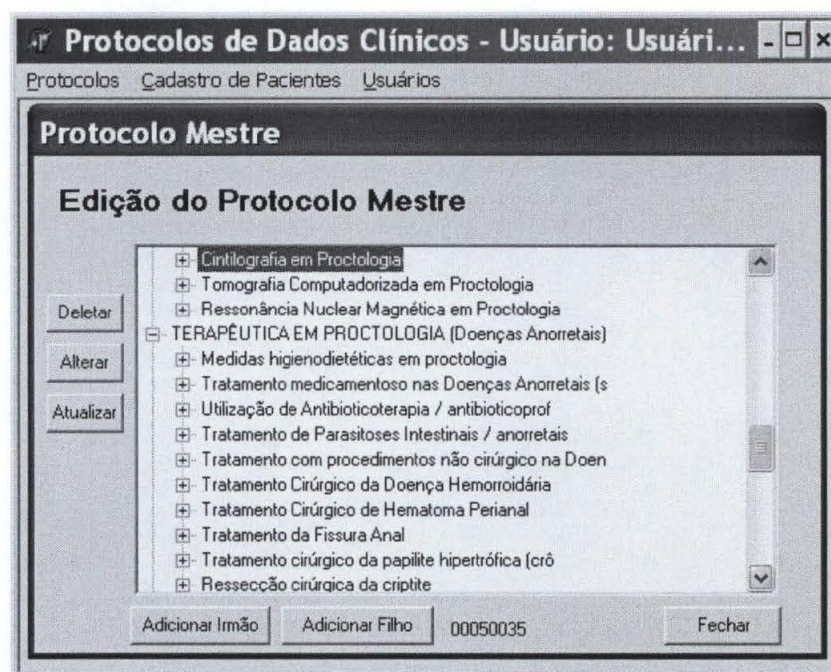


FIGURA 11 – PROTOCOLO MESTRE: PASTAS (“Ressecção cirúrgica da criptite” a “Tratamento do trauma Anorretoperineal / Corpo Estranho Anorretal”)

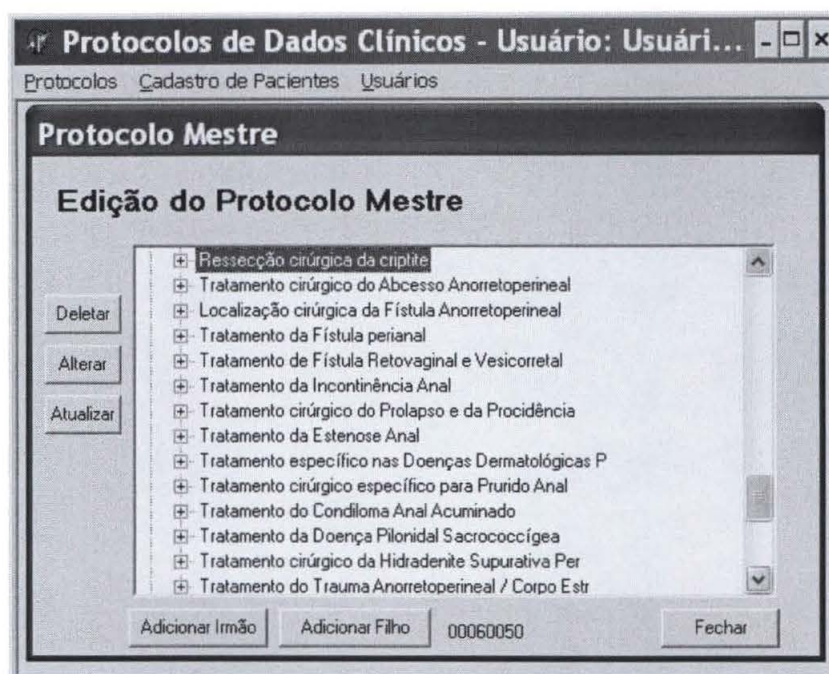


FIGURA 12 – PROTOCOLO MESTRE: PASTAS (“Tratamento do trauma Anorretoperineal / Corpo Estranho Anorretal” a “Complicações após tratamento cirúrgico do abscesso anorretoperineal”)

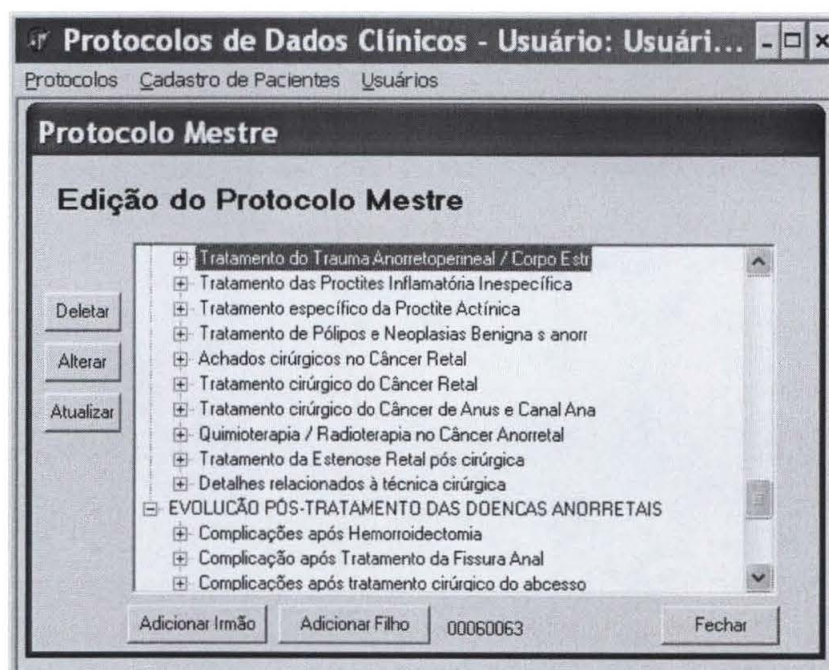


FIGURA 13 – PROTOCOLO MESTRE: PASTAS (“Complicações após tratamento cirúrgico do abscesso anorretoperineal” a “Evolução do Câncer Anorretal após tratamento”)

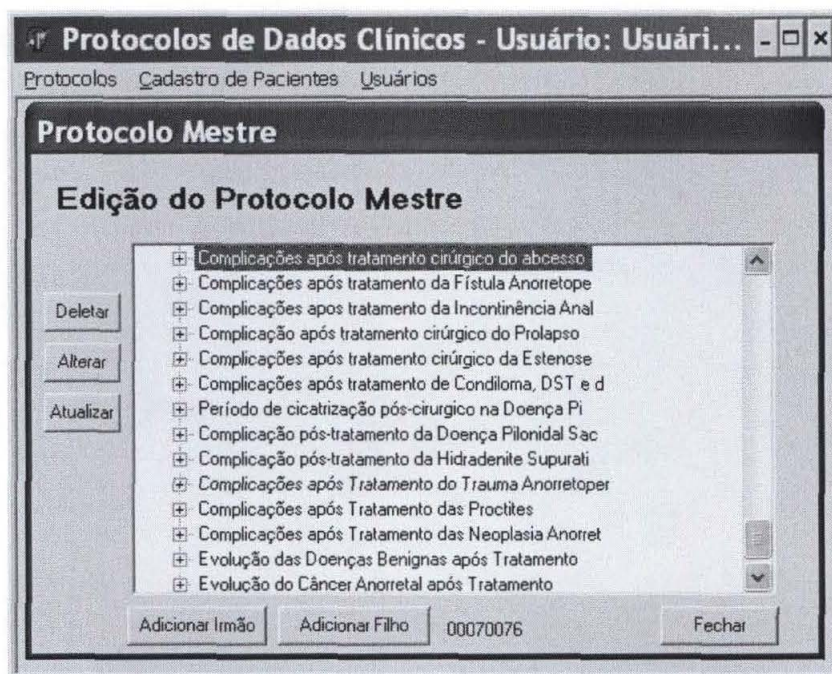
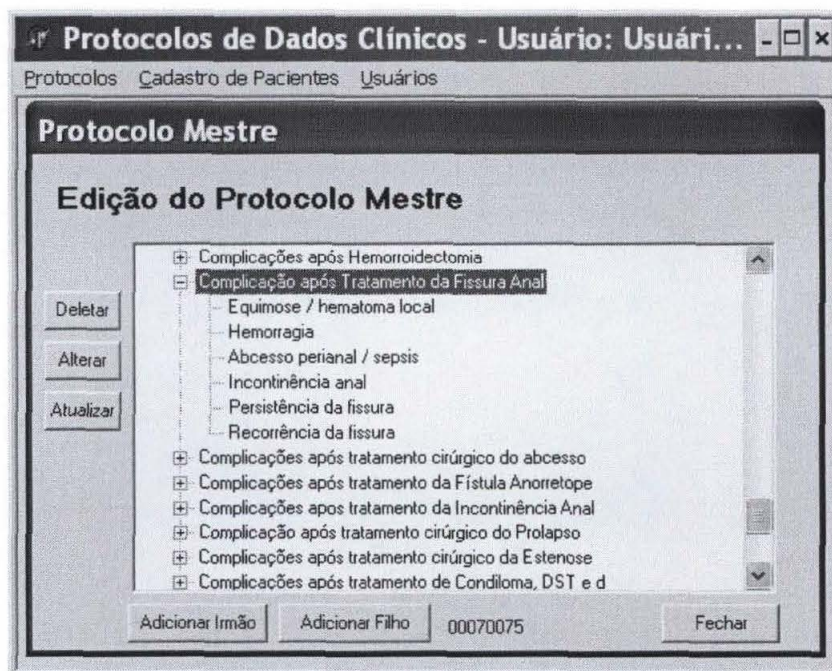


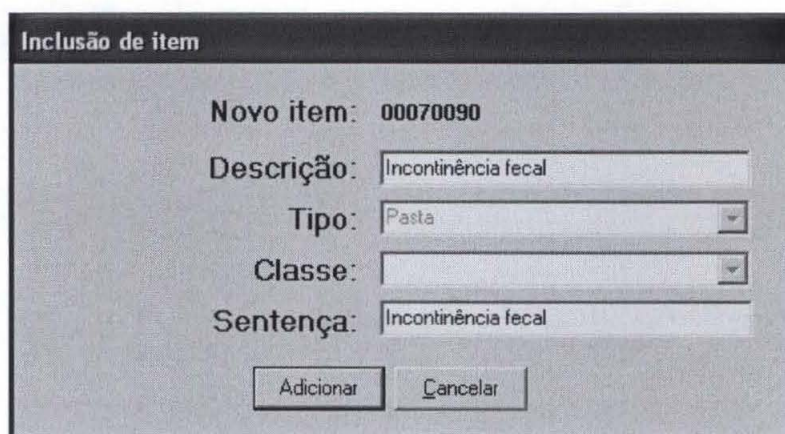
FIGURA 14 – PROTOCOLO MESTRE – UMA PASTA ABERTA



Os arquivos contidos nas pastas podem ser acessados pelo processo de abertura das chaves, como demonstrado na figura 14. Porém seria pouco prático expô-los através de figuras demonstrativas de telas, por representarem 3903 itens. O mais lógico é consultar o conteúdo de cada pasta através da base teórica de dados clínicos em anexo.

A janela do protocolo mestre, além da tela demonstrativa de seu conteúdo, apresenta os comandos: “Deletar”, “Alterar”, “Atualizar”, “Adicionar Irmão”, “Adicionar Filho” e “Fechar”. Estes comandos são usados para inserir, alterar ou excluir pastas e arquivos em seu conteúdo, conforme ilustrado nas figuras 15 a 20.

FIGURA 15 - ALTERAÇÃO OU CRIAÇÃO DE NOVA PASTA NO DIRETÓRIO
“EVOLUÇÃO PÓS-TRATAMENTO DAS DOENÇAS ANORRETAIS”



Inclusão de item

Novo item: 00070090

Descrição: Incontinência fecal

Tipo: Pasta

Classe:

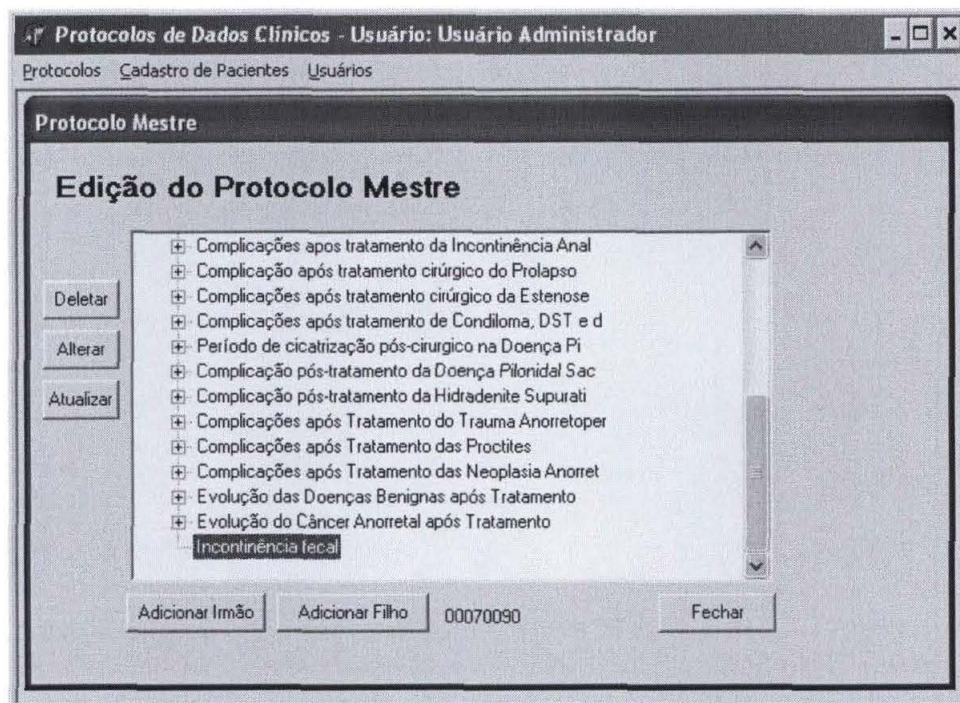
Sentença: Incontinência fecal

Adicionar Cancelar

O número que acompanha o “Novo item” corresponde ao localizador do dado no banco de memória do programa *Access®*, sendo útil somente para os analistas de sistema.

O nome da pasta é descrito e sentenciado diretamente. Por este ser dado pertencente a primeira ou segunda geração (diretório ou pasta) já vem com o tipo pré-estabelecido, não necessitando da categorização do dado. Após adicionado como irmão da última pasta o novo item é demonstrado na figura 16.

FIGURA 16 – NOVA PASTA NO PROTOCOLO MESTRE



Para se criar arquivos no interior desta pasta, basta clicar sobre a pasta e, em seguida, clicar sobre “Adicionar filho”. A partir desta geração (3) passa-se a trabalhar com arquivos, os quais podem ser tipo ramificado ou não e devem ser configurados em classe de sentença de múltipla escolha ou de escolha única. Figuras 17 e 18.

FIGURA 17 – INCLUSÃO DE ARQUIVO, ESPECIFICANDO O “TIPO”

FIGURA
18 –
INCLUSÃ
O DE
ARQUIV
O,

ESPECIFICANDO A “CLASSE”

Inclusão de item

Novo item: 000700900001

Descrição: Fezes líquidas

Tipo: ArquivoRamificado

Classe: Item de única seleção

Sentença: Item de única seleção

Adicionar Cancelar

Após repetir-se na “Sentença” o conteúdo da “Descrição”, o arquivo é incluso clicando-se o comando “Adicionar”. A próxima figura demonstra o protocolo mestre com o novo artigo, sendo que se trata de um artigo ramificado de de única seleção (Figura 19).

FIGURA 19 – NOVO ARQUIVO INCLUÍDO

Protocolos de Dados Clínicos - Usuário: Usuário Administrador

Protocolos Cadastro de Pacientes Usuários

Protocolo Mestre

Edição do Protocolo Mestre

Deletar

Alterar

Atualizar

- + Complicação após tratamento cirúrgico do Prolapso
- + Complicações após tratamento cirúrgico da Estenose
- + Complicações após tratamento de Condiloma, DST e d
- + Período de cicatrização pós-cirúrgico na Doença Pi
- + Complicação pós-tratamento da Doença Pilonidal Sac
- + Complicação pós-tratamento da Hidradenite Supurati
- + Complicações após Tratamento do Trauma Anorretoper
- + Complicações após Tratamento das Proctites
- + Complicações após Tratamento das Neoplasia Anorret
- + Evolução das Doenças Benignas após Tratamento
- + Evolução do Câncer Anorretal após Tratamento
- Incontinência fecal
 - Fezes líquidas

Adicionar Irmão Adicionar Filho 000700900001 Fechar

Para demonstrar a sub-divisão de um arquivo ramificado, segue-se o exemplo acima e classifica-se a incontinência à fezes líquidas em “intermitente” ou “contínua”, conforme demonstrado nas figuras 20 e 21.

FIGURA 20- INCLUSÃO DE UM ARQUIVO DENTRO DE UM ARQUIVO RAMIFICADO

Inclusão de item

Novo item: 0007009000010002

Descrição: Contínua

Tipo: Arquivo

Classe: Item de única seleção

Sentença: Contínua

Adicionar Cancelar

FIGURA 21 – ARQUIVOS FILHOS DO ARQUIVO RAMIFICADO

Protocolos de Dados Clínicos - Usuário: Usuário Administrador

Protocolos Cadastro de Pacientes Usuários

Protocolo Mestre

Edição do Protocolo Mestre

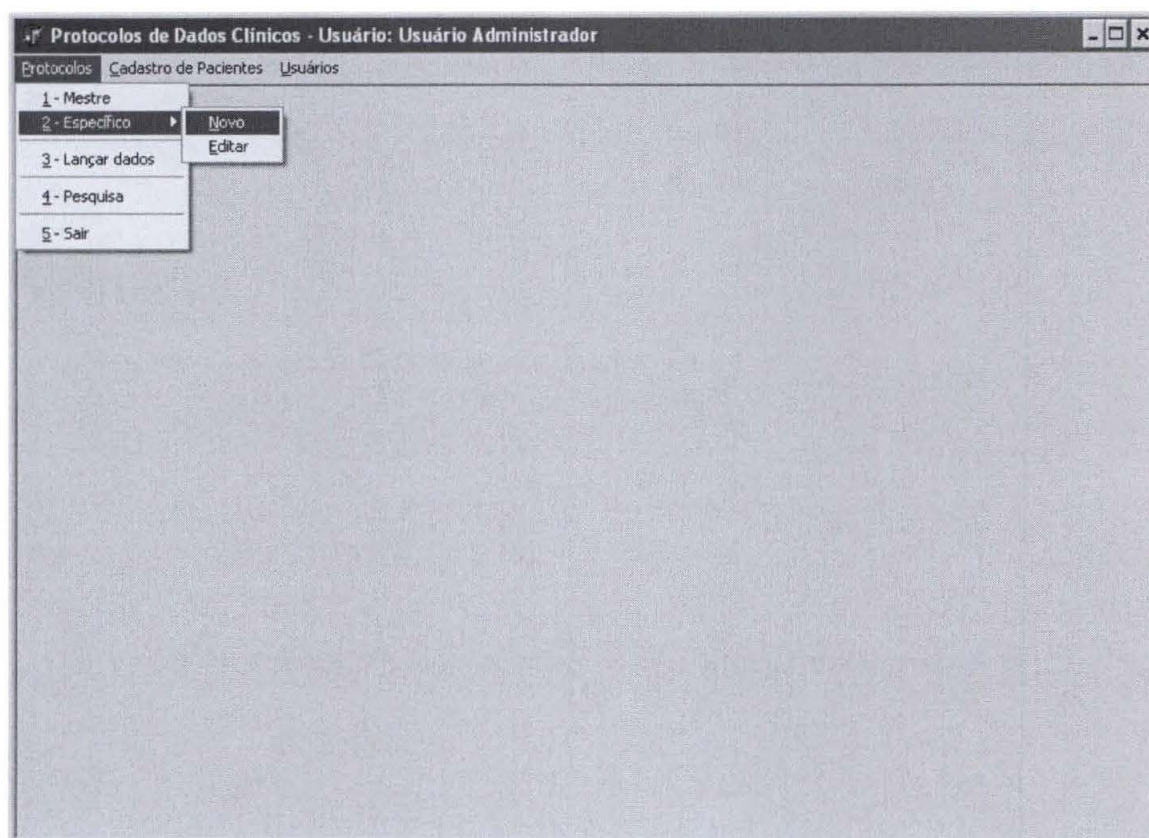
Deletar Alterar Atualizar

- + Complicações após tratamento de Condiloma, DST e d
- + Período de cicatrização pós-cirúrgico na Doença Pi
- + Complicação pós-tratamento da Doença Pilonidal Sac
- + Complicação pós-tratamento da Hidradenite Supurati
- + Complicações após Tratamento do Trauma Anorretoper
- + Complicações após Tratamento das Proctites
- + Complicações após Tratamento das Neoplasia Anorret
- + Evolução das Doenças Benignas após Tratamento
- + Evolução do Câncer Anorretal após Tratamento
- Incontinência fecal
 - Fezes líquidas
 - Intermitente
 - Contínua

Adicionar Irmão Adicionar Filho 0007009000010002 Fechar

O segundo sub-item da opção “Protocolo” está relacionado a criação e edição dos protocolos específicos, através dos comandos “Novo” e “Editar”, conforme demonstrado nas figuras 22 a 26.

FIGURA 22 – ACESSO AO PROTOCOLO ESPECÍFICO



A opção “Novo” permite a criação de um novo protocolo específico, ou seja uma nova doença. Para isto é necessário fornecer o nome da doença, um código de controle interno e a descrição pela Classificação Internacional das Doenças (CID 10), conforme demonstrado na próxima tela, ver: Figura 23.

FIGURA 23 – CRIAÇÃO DE UMA NOVA DOENÇA – OPÇÃO “NOVO”

Protocolos de Dados Clínicos - Usuário: Usuári...

Protocolos Cadastro de Pacientes Usuários

Protocolos Específicos

Código: 13

Nome Protocolo: Doença Pilonidal Sacrococcígea

Descrição: L 05.0 / L 05.9

Barra de comando: < < > > + - < > < >

nome
Estenose Anal e Retal
Prurido Anal e Doenças Dermatológicas Perianais
Condiloma Anal Acuminado e Doenças Sexualmente Transmissíveis Anorretais
Trauma Anorretoperineal e Corpo Estranho no Ânus e Reto
Doença Pilonidal Sacrococcígea
Hidradenite Supurativa Perianal

Fechar

Esta janela apresenta uma barra com códigos de comando, para navegar a lista de protocolos específicos já criados. Podendo estes selecionar, alterar, excluir, incluir, confirmar inclusão ou cancelar a inclusão dos protocolos específicos (doença).

FIGURA 24 – INSERÇÃO DE DADOS EM UMA DOENÇA – OPÇÃO “EDITAR”

Protocolos de Dados Clínicos - Usuário: Usuário Admin...

Protocolos Cadastro de Pacientes Usuários

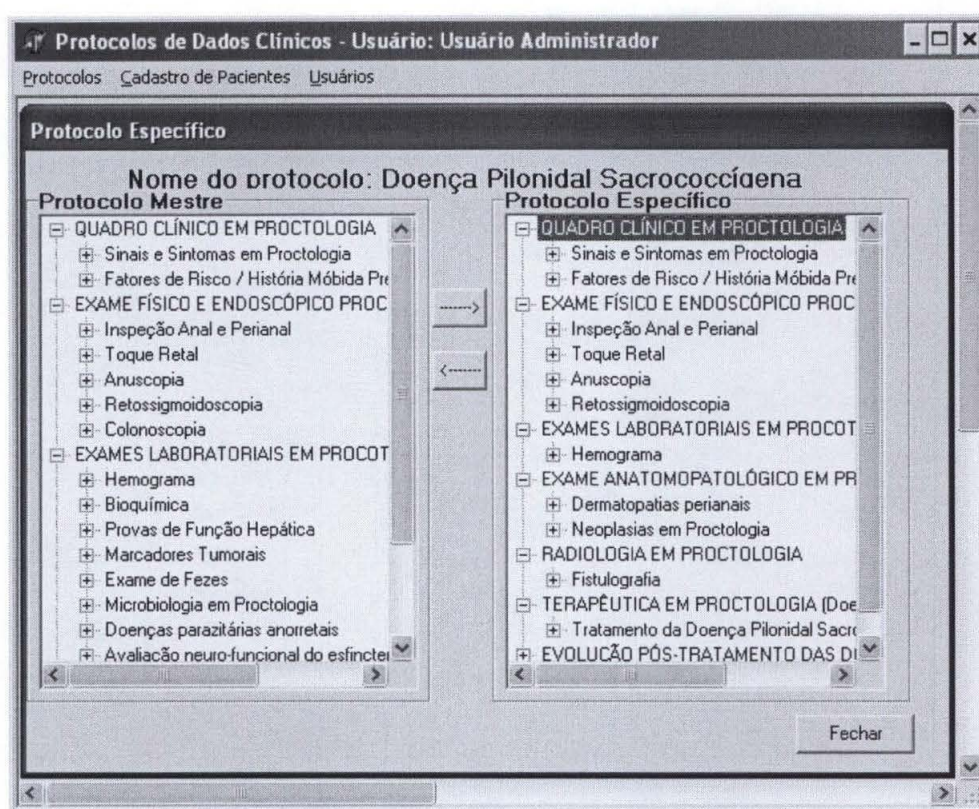
Selecione Protocolo Específico

codProtocolo	nome
4	Abcesso Anorretoperineal, Cripite e Papilite Anais
18	Câncer de Ânus e Canal Anal
17	Câncer Retal
11	Condiloma Anal Acuminado e Doenças Sexualmente Transmissíveis Anorretais
1	Doença Hemorroidária
13	Doença Pilonidal Sacrococcígea
9	Estenose Anal e Retal
3	Fissural Anal
5	Fístula Anorretoperineal
6	Fístulas Retovaginal e Vesicorretal
2	Hematoma Perianal
14	Hidradenite Supurativa Perianal

Cancelar Seleciona

A tela aberta a partir do comando “Editar”, a segunda opção do sub-item “Específico”, expõe a lista de todos os protocolos específicos, demonstrada na figura 24. Através dela é possível selecionar uma doença para configurar as pastas que vão compor este protocolo específico.

FIGURA 25 – CONFIGURAÇÃO DAS PASTAS DE UM PROTOCOLO ESPECÍFICO



A configuração do protocolo específico, neste caso o da Doença Pilonidal Sacrococígea, é feita por um processo de seleção a partir do protocolo mestre, onde as pastas são incluídas, ou excluídas, no protocolo específico por um simples clicar de setas. Este mesmo processo é repetido de forma individual para cada doença.

Após a criação de todos os protocolos específicos o *software* está pronto para começar a ser utilizado pelo usuário simples que tem a função de coletador de dados oriundo dos pacientes que foram submetidos a tratamento de doenças anorretais.

A coleta de dados inicia-se com o cadastramento do paciente no *software*, através da opção “Cadastro de pacientes” pertencente a barra de opções, ilustrada na figura 26.

FIGURA 26 – CADASTRO DO PACIENTE

Protocolos de Dados Clínicos - Usuário: Usuário Administrador

Protocolos **Cadastro de Pacientes** Usuários

Paciente

Prontuário
1

Nome
Luiz da Silva

CPF
123456789-01

RG
1234567890

Data de Nascimento (dd/mm/aaaa)
01/01/1950

Sexo
Masculino

Raça
Branca

Navigation icons: back, forward, search, etc.

prontuario	Nome Paciente	cpf	rg	dataNasc
1	Luiz da Silva	123456789-01	1234567890	1/3/1955

Fechar

Esta janela é representada pelos dados cadastrais, sete dados (número do prontuário, nome do paciente, CPF, registro geral, data de nascimento, sexo e raça) e uma lista com todos os pacientes já cadastrados e seus dados cadastrais.

Após o cadastramento do paciente inicia-se a coleta de dados propriamente dita, através da opção “Lançar dados”, pertencente a barra de opções da tela principal. A janela exige a escolha de um paciente e sua respectiva doença, os quais podem ser localizados clicando-se as setas a direita (orientação inferior), que abrem a lista das 18 doenças e a lista de todos pacientes cadastrados, para serem escolhidos. Além disto devem ser preenchidos as datas de internação e alta, conforme demonstrado na figura 27.

FIGURA 27 – JANELA PRINCIPAL DO LANÇAMENTO DE DADOS

A janela principal do lançamento de dados apresenta uma interface com campos de entrada e botões de ação. No topo, há uma barra de título com o texto "Protocolos de Dados Clínicos - Usuário: Usuário Administrador - [Lançamento de Dados para Protocol...]" e botões de minimizar, maximizar e fechar. Abaixo da barra, há uma barra de menu com as opções "Protocolos", "Cadastro de Pacientes" e "Usuários".

Os campos de entrada são:

- Nome do Paciente:** Luiz da Silva (menu suspenso)
- Número do prontuário:** 1 (campo de texto)
- Nome do Protocolo:** Doença Pilonidal Sacrococcígena (menu suspenso)
- Data da Internação:** 15/1/2003 (menu suspenso)
- Data da Alta:** 15/1/2003 (menu suspenso)

Um botão "Lançar Dados" está localizado à direita dos campos de data.

Abaixo dos campos, há duas áreas principais:

- Itens do Protocolo Específico:** Uma área vazia para a exibição de itens.
- Coleta de Dados:** Uma área vazia para a coleta de dados.

Na base da janela, há uma barra com os seguintes botões:

- << Voltar
- Avançar >>
- Gravar Dados
- Fechar

Após a seleção do paciente, da doença e das datas clica-se sobre a opção “Lançar Dados” desta tela. A partir daí, é exposto o conteúdo de pastas deste protocolo específico, contidas na tabela “Itens de Protocolo Específico” sendo que estas podem ser abertas em questionários diretos, contidos na “Coleta de Dados”, clicando-se o item “Avançar >>”. Quando findada a coleta, clica-se no item “Gravar Dados” remetendo os dados gerados pelo questionário à memória do banco de dados. Se esta janela for fechada sem se ter clicado sobre “Gravar dados” estes dados não são computados. Nas figuras 28 e 29 estão demonstrando as pastas e o questionário de um protocolo específico.

FIGURA 28 – CONTEÚDO DE PASTAS DE UM PROTOCOLO ESPECÍFICO

Protocolos de Dados Clínicos - Usuário: Usuário Administrador - [Lançament...

Protocolos Cadastro de Pacientes Usuários

Nome do Paciente: Luiz da Silva

Número do prontuário: 1

Nome do Protocolo: Doença Pilonidal Sacrococcígena

Data da Internação: 3/1/2003

Data da Alta: 4/1/2003

Lançar Dados

Itens do Protocolo Específico:

- Sinais e Sintomas em Proctologia
- Fatores de Risco / História Mórbida Progressiva
- Inspeção Anal e Perianal
- Toque Retal
- Anuscopia
- Retossigmoidoscopia
- Hemograma e Bioquímica
- Dermatopatias perianais
- Neoplasias em Proctologia
- Fistulografia
- Tratamento da Doença Pilonidal Sacrococcígena
- Detalhes relacionados à técnica cirúrgica
- Período de cicatrização pós-cirúrgico na Doença
- Complicação pós-tratamento da Doença Pilonidal
- Evolução das Doenças Benignas após Tratamento

Coleta de Dados:

<< Voltar Avançar >> Gravar Dados Fechar

FIGURA 29 – ABERTURA DO QUESTIONÁRIO A PARTIR DAS PASTAS

Protocolos de Dados Clínicos - Usuário: Usuário Administrador - [Lançament...

Protocolos Cadastro de Pacientes Usuários

Nome do Paciente: Luiz da Silva

Número do prontuário: 1

Nome do Protocolo: Doença Pilonidal Sacrococcígena

Data da Internação: 3/1/2003

Data da Alta: 4/1/2003

Lançar Dados

Itens do Protocolo Específico:

- Sinais e Sintomas em Proctologia
- Fatores de Risco / História Mórbida Progressiva
- Inspeção Anal e Perianal
- Toque Retal
- Anuscopia
- Retossigmoidoscopia
- Hemograma e Bioquímica
- Dermatopatias perianais
- Neoplasias em Proctologia
- Fistulografia
- Tratamento da Doença Pilonidal Sacrococcígena
- Detalhes relacionados à técnica cirúrgica
- Período de cicatrização pós-cirúrgico na Doença
- Complicação pós-tratamento da Doença Pilonidal
- Evolução das Doenças Benignas após Tratamento

Coleta de Dados:

Sinais e Sintomas em Proctologia

- ☐ Alteração de Hábitos Intestinais
 - ☐ Constipação Intestinal Crônica
 - ☐ Disenteria / Diarréia / Esteatorréia
 - ☐ Obstipação Intestinal
 - ☐ Hábito Intestinal Normal / Disenteria
 - ☐ Obstipação / Disenteria
 - ☐ Hábito Intestinal Normal / Obstipação
- ☐ Alteração da Matéria Fecal
 - ☐ Fezes Líquidas
 - ☐ Fezes Semi-líquidas
 - ☐ Fezes Pastosas
 - ☐ Fezes Ressecadas
 - ☐ Inespecíficas
 - ☐ Calibrosas
 - ☐ Em Espículas

<< Voltar Avançar >> Gravar Dados Fechar

O preenchimento do questionário é feito pasta por pasta, os quais podem ser passados através dos itens “Avançar>>” e “<< Voltar”. O questionário é contido na tabela “Coleta de Dados”, o qual é composto somente por questões objetivas que são assinaladas com um simples clicar. Este questionário pode ser percorrido pelo uso da barra de rolagento a direita, pois geralmente são maiores que o espaço disponível na tabela de “Coleta de Dados”.

Pelo demonstrado anteriormente, cada doença possui um grupo próprio de pastas que caracteriza o questionário específico. O protocolo específico de cada uma das 18 doenças está exposto, a seguir, nas figuras 30 a 47.

FIGURA 30 – PROTOCOLO ESPECÍFICO – DOENÇA HEMORROIDÁRIA

Protocolos de Dados Clínicos - Usuário: Usuário Administrador - [Lançamento de...

Protocolos Cadastro de Pacientes Usuários

Nome do Paciente: Luiz da Silva

Número do prontuário: 1

Nome do Protocolo: Doença Hemorroidária

Data da Internação: 2/1/2003

Data da Alta: 3/1/2003

Lançar Dados

Itens do Protocolo Específico:

- Sinais e Sintomas em Proctologia
- Fatores de Risco / História Móbida Progressiva
- Inspeção Anal e Perianal
- Toque Retal
- Anuscopia
- Retossigmoidoscopia
- Colonoscopia
- Hemograma e Bioquímica
- Neoplasias em Proctologia
- Ultra-sonografia Transluminal em Proctologia
- Medidas higienodietéticas em proctologia
- Tratamento medicamentoso nas Doenças Anal e Perianais
- Utilização de Antibioticoterapia / antibióticos
- Tratamento com procedimentos não cirúrgicos
- Tratamento Cirúrgico da Doença Hemorroidária
- Detalhes relacionados à técnica cirúrgica
- Complicações após Hemorroidectomia
- Evolução das Doenças Benignas após Tratamento

Coleta de Dados:

☒ Sintomas Anais Locais

- ☐ Dor Anal
 - ☐ Inespecífica
 - ☐ À Contração Anal
 - ☐ Em Queimação / Ardência
 - ☐ Latejante
 - ☐ Em Fincadas
- ☒ Prurido anal
- ☐ Massa Perianal
 - ☐ Inespecífica
 - ☐ Mamilo perianal
 - ☐ Tumor perianal
 - ☐ Verruga perianal
 - ☐ Abscesso perianal
 - ☐ Orifício perianal

<< Voltar Avançar >> Gravar Dados Fechar

FIGURA 31 – PROTOCOLO ESPECÍFICO – HEMATOMA PERIANAL

Protocolos de Dados Clínicos - Usuário: Usuário Administrador - [Lançamento de...

Protocolos Cadastro de Pacientes Usuários

Nome do Paciente: Luiz da Silva

Número do prontuário: 1

Nome do Protocolo: Hematoma Perianal

Data da Internação: 5/1/2003

Data da Alta: 6/1/2003

Lançar Dados

Itens do Protocolo Específico:

- Sinais e Sintomas em Proctologia
- Fatores de Risco / História Médica Pregressa**
- Inspeção Anal e Perianal
- Toque Retal
- Anuscopia
- Retossigmoidoscopia
- Hemograma e Bioquímica
- Provas de Função Hepática
- Ultra-sonografia Transluminal em Proctologia
- Medidas higienodietéticas em proctologia
- Tratamento Cirúrgico de Hematoma Perianal
- Detalhes relacionados à técnica cirúrgica
- Evolução das Doenças Benignas após Tratamento

Coleta de Dados:

- ☐ Tabagismo
- ☐ Alcoolismo
- ☐ Sedentarismo
- ☒ Esforço Físico Repetitivo
- ☐ Medicação de uso contínuo
 - ☐ Sacarina / ciclamato
 - ☐ Estrogênio
 - ☐ Anti-ácido / AIOH
 - ☐ Bloqueador H2
 - ☐ Anti-depressivo
- ☐ Droga adição
- ☐ Antecedentes Mórbitos Pessoais
- ☐ Parto Normal
- ☐ Diabetes Mellitus
- ☐ HIV / AIDS

<< Voltar Avançar >> Gravar Dados Fechar

FIGURA 32 - PROTOCOLO ESPECÍFICO – FISSURA ANAL

Protocolos de Dados Clínicos - Usuário: Usuário Administrador - [Lançamento de...

Protocolos Cadastro de Pacientes Usuários

Nome do Paciente: Luiz da Silva

Número do prontuário: 1

Nome do Protocolo: Fissura Anal

Data da Internação: 2/1/2003

Data da Alta: 2/1/2003

Lançar Dados

Itens do Protocolo Específico:

- Inspeção Anal e Perianal**
- Toque Retal
- Anuscopia
- Retossigmoidoscopia
- Hemograma e Bioquímica
- Microbiologia em Proctologia
- Avaliação neuro-funcional do esfíncter anal
- Manometria Anorretal
- Dermatopatias perianais
- Doenças Inflamatórias Colorretais
- Neoplasias em Proctologia
- Defecografia
- Ultra-sonografia Transluminal em Proctologia
- Ressonância Nuclear Magnética em Proctologia
- Medidas higienodietéticas em proctologia
- Tratamento medicamentoso nas Doenças Benignas
- Tratamento da Fissura Anal
- Detalhes relacionados à técnica cirúrgica
- Complicação após Tratamento da Fissura
- Evolução das Doenças Benignas após Tratamento

Coleta de Dados:

- ☒ Fissuras Anal
 - ☐ Não descrita
 - ☒ Fissura Aguda
 - ☐ Fissura Crônica
 - ☐ Associada a plicoma
 - ☐ Associada a papila hipertrofica
 - ☐ Sem Localização
 - ☒ Localizada(s)
 - ☒ Posterior
 - ☐ Anterior
 - ☐ Lateral Direita
 - ☐ Lateral Esquerda
 - ☐ Antero-lateral Direita
 - ☐ Postero-lateral Direita
 - ☐ Antero-lateral Esquerda

<< Voltar Avançar >> Gravar Dados Fechar

FIGURA 33 – PROTOCOLO ESPECÍFICO – ABCESSO ANORRETOPERINEAL, CRIPTITE E PAPILITE ANAL

Protocolos de Dados Clínicos - Usuário: Usuário Administrador - [Lançamento de...]

Protocolos Cadastro de Pacientes Usuários

Nome do Paciente: Luiz da Silva

Número do prontuário: 1

Nome do Protocolo: Abcesso Anorretoperineal, Cripite e Papilite Anal

Data da Internação: 7/1/2003

Data da Alta: 10/1/2003

Lançar Dados

Itens do Protocolo Específico:

- Fatores de Risco / História Mórbida Pregressa
- Inspeção Anal e Perianal
- Toque Retal
- Anuscopia
- Retossigmoidoscopia
- Hemograma e Bioquímica
- Microbiologia em Proctologia
- Dermatopatias perianais
- Doenças Inflamatórias Colorretais
- Neoplasias em Proctologia
- Ultra-sonografia transparietal em Proctologia
- Ultra-sonografia Transluminal em Proctologia
- Tomografia Computadorizada em Proctologia
- Utilização de Antibioticoterapia / antibiótico
- Tratamento cirúrgico da papilite hipertrófica
- Ressecção cirúrgica da criptite
- Tratamento cirúrgico do Abcesso Anorreto
- Detalhes relacionados à técnica cirúrgica
- Complicações após tratamento cirúrgico de
- Evolução das Doenças Benignas após Tra

Coleta de Dados:

- ☐ Lateral Direita
- ☐ Lateral Esquerda
- ☐ Antero-lateral Direita
- ☐ Postero-lateral Direita
- ☐ Antero-lateral Esquerda
- ☐ Postero-lateral Esquerda
- ☐ Aumento do Espaço Retrorretal pré-sacral
- ☐ Anormalidades no Fundo-de saco peritoneal
- ☐ Anormalidades no Septo Vaginal
- ☒ Secreções no dedo da luva
- ☐ Fezes
- ☐ Sangue
- ☐ Restos Alimentares
- ☐ Muco
- ☒ Pus

<< Voltar Avançar >> Gravar Dados Fechar

FIGURA 34 – PROTOCOLO ESPECÍFICO – FÍSTULA ANORRETOPERINEAL

Protocolos de Dados Clínicos - Usuário: Usuário Administrador - [Lançamento de...]

Protocolos Cadastro de Pacientes Usuários

Nome do Paciente: Luiz da Silva

Número do prontuário: 1

Nome do Protocolo: Fístula Anorretoperineal

Data da Internação: 5/1/2003

Data da Alta: 12/1/2003

Lançar Dados

Itens do Protocolo Específico:

- Retossigmoidoscopia
- Colonoscopia
- Hemograma e Bioquímica
- Microbiologia em Proctologia
- Dermatopatias perianais
- Doenças Inflamatórias Colorretais
- Neoplasias em Proctologia
- Fistulografia
- Ultra-sonografia transparietal em Proctologia
- Ultra-sonografia Transluminal em Proctologia
- Tomografia Computadorizada em Proctologia
- Ressonância Nuclear Magnética em Proctologia
- Medidas higienodietéticas em proctologia
- Tratamento medicamentoso nas Doenças
- Utilização de Antibioticoterapia / antibiótico
- Localização cirúrgica da Fístula Anorretop
- Tratamento da Fístula perianal
- Detalhes relacionados à técnica cirúrgica
- Complicações após tratamento da Fístula
- Evolução das Doenças Benignas após Tra

Coleta de Dados:

- ☐ 25 cm do bordo anal
- ☐ > 25 cm do bordo anal
- ☒ Orifício Fistuloso
- ☒ Reto
- ☐ Localização não especificada
- ☐ 3 cm do bordo anal
- ☐ 4 cm do bordo anal
- ☒ 5 cm do bordo anal
- ☐ 6 cm do bordo anal
- ☐ 7 cm do bordo anal
- ☐ 8 cm do bordo anal
- ☐ 9 cm do bordo anal
- ☐ 10 cm do bordo anal
- ☐ 11 cm do bordo anal
- ☐ 12 cm do bordo anal

<< Voltar Avançar >> Gravar Dados Fechar

FIGURA 35 – PROTOCOLO ESPECÍFICO – FÍSTULAS RETOVAGINAL E VESICORRETAL

Protocolos de Dados Clínicos - Usuário: Usuário Administrador - [Lançamento de...

Protocolos Cadastro de Pacientes Usuários

Nome do Paciente: Luiz da Silva

Número do prontuário: 1

Nome do Protocolo: Fístulas Retovaginal e Vesicorretal

Data da Internação: 6/1/2003

Data da Alta: 12/1/2003

Lançar Dados

Itens do Protocolo Específico:

- Microbiologia em Proctologia
- Dermatopatias perianais
- Doenças Inflamatórias Colorretais
- Neoplasias em Proctologia
- Enema Opaco
- Fistulografia
- Pouchografia (Bolsografias)
- Ultra-sonografia transparietal em Proctologia
- Ultra-sonografia Transluminal em Proctologia
- Cintilografia em Proctologia
- Tomografia Computadorizada em Proctologia
- Ressonância Nuclear Magnética em Proctologia
- Medidas higienodietéticas em proctologia
- Tratamento medicamentoso nas Doenças Inflamatórias Colorretais
- Utilização de Antibioticoterapia / antibióticos
- Localização cirúrgica da Fístula Anorretal
- Tratamento de Fístula Retovaginal e Vesicorretal
- Detalhes relacionados à técnica cirúrgica
- Complicações após tratamento da Fístula Anorretal
- Evolução das Doenças Benignas após Tratamento

Coleta de Dados:

- ☐ Cólon ascendente
- ☐ Cólon Transverso
- ☐ Cólon Descendente
- ☐ Ceco
- ☒ Fístulas estercoral
- ☐ Não localizado
- ☒ Reto
- ☐ Sigmóide
- ☐ Cólon ascendente
- ☐ Cólon Transverso
- ☐ Cólon Descendente
- ☐ Ceco
- ☐ Fecaloma
- ☐ Invaginação
- ☐ Enema Opaco Inconclusivo

<< Voltar Avançar >> Gravar Dados Fechar

FIGURA 36 – PROTOCOLO ESPECÍFICO – INCONTINÊNCIA ANAL

Protocolos de Dados Clínicos - Usuário: Usuário Administrador - [Lançamento de...

Protocolos Cadastro de Pacientes Usuários

Nome do Paciente: Luiz da Silva

Número do prontuário: 1

Nome do Protocolo: Incontinência Anal

Data da Internação: 5/1/2003

Data da Alta: 12/1/2003

Lançar Dados

Itens do Protocolo Específico:

- Sinais e Sintomas em Proctologia
- Fatores de Risco / História Mórbida Progressiva
- Inspeção Anal e Perianal
- Toque Retal
- Anuscopia
- Retossigmoidoscopia
- Hemograma e Bioquímica
- Avaliação neuro-funcional do esfíncter anal
- Manometria Anorretal
- Defecografia
- Tempo de Trânsito Colorretal
- Ultra-sonografia Transluminal em Proctologia
- Ressonância Nuclear Magnética em Proctologia
- Medidas higienodietéticas em proctologia
- Tratamento medicamentoso nas Doenças Anorretais
- Tratamento da Incontinência Anal
- Detalhes relacionados à técnica cirúrgica
- Complicações após tratamento da Incontinência Anal
- Evolução das Doenças Benignas após Tratamento

Coleta de Dados:

Manometria Anorretal

- ☐ Manometria Normal
- ☒ Manometria Alterada
 - ☒ Pressão de repouso
 - ☐ Aumentada
 - ☒ Diminuída
 - ☐ Pressão de contração
 - ☐ Aumentado
 - ☐ Diminuído / ausente
 - ☐ Volume de urgência evacuatória
 - ☐ Aumentado
 - ☐ Diminuído
 - ☐ Volume máximo tolerável
 - ☐ Aumentado
 - ☐ Diminuído
 - ☐ Complicação retal

<< Voltar Avançar >> Gravar Dados Fechar

FIGURA 37 – PROTOCOLO ESPECÍFICO – PROCIDÊNCIA OU PROLAPSO ANORRETAL E ÚLCERA ANORRETAL

Protocolos de Dados Clínicos - Usuário: Usuário Administrador - [Lançamento de...

Protocolos Cadastro de Pacientes Usuários

Nome do Paciente: Luiz da Silva

Número do prontuário: 1

Nome do Protocolo: Procidência ou Prolapso Anorretal e Úlcera Anorretal

Data da Internação: 6/1/2003

Data da Alta: 9/1/2003

Lançar Dados

Itens do Protocolo Específico:

- Sinais e Sintomas em Proctologia
- Fatores de Risco / História Mórbida Progressiva
- Inspeção Anal e Perianal
- Toque Retal
- Anuscopia
- Retossigmoidoscopia
- Colonoscopia
- Hemograma e Bioquímica
- Avaliação neuro-funcional do esfíncter anal
- Manometria Anorretal
- Enema Opaco
- Defecografia**
- Tempo de Trânsito Coloretal
- Ressonância Nuclear Magnética em Proctolog
- Medidas higienodietéticas em proctologia
- Tratamento medicamentoso nas Doenças Ano
- Tratamento cirúrgico do Prolapso e da Procidê
- Detalhes relacionados à técnica cirúrgica
- Complicação após tratamento cirúrgico do Pro
- Evolução das Doenças Benignas após Tratam

Coleta de Dados:

- ☒ Achados Anormais no Defecograma
 - ☐ Inespecífico
 - ☐ Retocele
 - ☐ Inespecífica
 - ☐ Anterior
 - ☐ Posterior
 - ☐ Laterais
- ☒ Intussuscepção retal (prolapso retal interno)
 - ☐ Inespecífico
 - ☒ Mucoso
 - ☐ Circunferencial
 - ☐ Anterior
 - ☐ Mural ou Total
 - ☐ Circunferencial
 - ☐ Anterior

<< Voltar Avançar >> Gravar Dados Fechar

FIGURA 38 – PROTOCOLO ESPECÍFICO – ESTENOSE ANAL E RETAL

Protocolos de Dados Clínicos - Usuário: Usuário Administrador - [Lançamento de...

Protocolos Cadastro de Pacientes Usuários

Nome do Paciente: Luiz da Silva

Número do prontuário: 1

Nome do Protocolo: Estenose Anal e Retal

Data da Internação: 2/1/2003

Data da Alta: 7/1/2003

Lançar Dados

Itens do Protocolo Específico:

- Inspeção Anal e Perianal
- Toque Retal
- Anuscopia
- Retossigmoidoscopia
- Colonoscopia
- Hemograma e Bioquímica
- Dermatopatias perianais
- Doenças Inflamatórias Colorretais
- Neoplasias em Proctologia
- Enema Opaco
- Pouchografia (Bolsagrafia)**
- Ultra-sonografia Transluminal em Proctolog
- Tomografia Computadorizada em Proctolog
- Ressonância Nuclear Magnética em Procto
- Medidas higienodietéticas em proctologia
- Tratamento da Estenose Anal
- Tratamento da Estenose Retal pós cirúrgic
- Detalhes relacionados à técnica cirúrgica
- Complicações após tratamento cirúrgico da
- Evolução das Doenças Benignas após Trat

Coleta de Dados:

- ☐ Inespecífico
- ☐ Alteração estrutural na bolsa
- ☐ Pouchites
- ☐ Obstrução
- ☐ Incontinência fecal
- ☐ Fistulas
 - ☐ Enterocutânea
 - ☐ Anovaginal
 - ☐ Perineal
 - ☐ Ileovesical
 - ☐ Ileovaginal
- ☒ Alterações na Anastomose Bolsa-anal
 - ☒ Estenose
 - ☐ Deiscência
 - ☐ Retração
 - ☐ Recidiva da doença na linha de anastomose

<< Voltar Avançar >> Gravar Dados Fechar

FIGURA 39 – PROTOCOLO ESPECÍFICO – PRURIDO ANAL E DOENÇAS DERMATOLÓGICAS PERIANAIS

Protocolos de Dados Clínicos - Usuário: Usuário Administrador - [Lançamento de...

Protocolos Cadastro de Pacientes Usuários

Nome do Paciente: Luiz da Silva

Número do prontuário: 1

Nome do Protocolo: Prurido Anal e Doenças Dermatológicas Perianais

Data da Internação: 1/1/2003

Data da Alta: 3/1/2003

Lançar Dados

Itens do Protocolo Específico:

- Sinais e Sintomas em Proctologia
- Fatores de Risco / História Móbida Progressiva
- Inspeção Anal e Perianal
- Toque Retal
- Anuscopia
- Retossigmoidoscopia
- Hemograma e Bioquímica
- Exame de Fezes
- Microbiologia em Proctologia**
- Doenças parasitárias anorretais
- Dermatopatias perianais
- Medidas higienodietéticas em proctologia
- Tratamento medicamentoso nas Doenças Anor
- Utilização de Antibioticoterapia / antibioticopro
- Tratamento de Parasitoses Intestinais / anorret
- Tratamento específico nas Doenças Dermatoló
- Tratamento cirúrgico específico para Prurido Ar
- Detalhes relacionados à técnica cirúrgica
- Evolução das Doenças Benignas após Tratame

Coleta de Dados:

- ☒ Cultura em Abscessos, Fístulas ou Lesões Anorretais
- ☐ Cultura Negativa
- ☒ Cultura Positiva
- ☐ Cultura Fecal (Coprocultura)
- ☐ Cultura Negativa
- ☐ Cultura Positiva
- ☒ Resultado do meio de cultura:
- ☐ Germe não identificado
- ☒ Germe isolado
- ☐ Bactérias Gram-positivas
- ☐ Indeterminado
- ☐ Staphylococcus
- ☐ S. aureus
- ☐ não-MRSA
- ☐ MRSA

<< Voltar Avançar >> Salvar Dados Fechar

FIGURA 40 – PROTOCOLO ESPECÍFICO – CONDILOMA ANAL ACUMINADO E DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS ANORRETAIS

Protocolos de Dados Clínicos - Usuário: Usuário Administrador - [Lançamento de...

Protocolos Cadastro de Pacientes Usuários

Nome do Paciente: Luiz da Silva

Número do prontuário: 1

Nome do Protocolo: Condiloma Anal Acuminado e Doenças Sexualmente

Data da Internação: 2/1/2003

Data da Alta: 4/1/2003

Lançar Dados

Itens do Protocolo Específico:

- Sinais e Sintomas em Proctologia
- Fatores de Risco / História Móbida Progressiva
- Inspeção Anal e Perianal
- Toque Retal
- Anuscopia
- Retossigmoidoscopia
- Hemograma e Bioquímica**
- Marcadores Tumorais
- Microbiologia em Proctologia
- Dermatopatias perianais
- Neoplasias em Proctologia
- Medidas higienodietéticas em proctologia
- Tratamento medicamentoso nas Doenças An
- Utilização de Antibioticoterapia / antibioticopro
- Tratamento de Parasitoses Intestinais / anorret
- Tratamento do Condiloma Anal Acuminado
- Detalhes relacionados à técnica cirúrgica
- Complicações após tratamento de Condiloma
- Evolução das Doenças Benignas após Tratame

Coleta de Dados:

Hemograma e Bioquímica

- ☒ Hemograma Normal
- ☐ Hemograma Alterado
- ☐ Anemia
- ☐ Inespecífica
- ☐ Normocítica
- ☐ Microcítica
- ☐ Megaloblástica
- ☐ Normocrômica
- ☐ Hipocrômica
- ☐ Alteração Leucocitária
- ☐ Leucocitose com neutrofilia
- ☐ Leucopenia
- ☐ Alteração Plaquetária
- ☐ Plaquetopenia
- ☐ Aumento Plaquetário

<< Voltar Avançar >> Salvar Dados Fechar

FIGURA 41 – PROTOCOLO ESPECÍFICO – TRAUMA ANORRETOPERINEAL E CORPO ESTRANHO ANORRETAL

Protocolos de Dados Clínicos - Usuário: Usuário Administrador - [Lançamento de...]

Protocolos Cadastro de Pacientes Usuários

Nome do Paciente: Luiz da Silva

Número do prontuário: 1

Nome do Protocolo: Trauma Anorretoperineal e Corpo Estranho no Anus

Data da Internação: 1/1/2003

Data da Alta: 7/1/2003

Lançar Dados

Itens do Protocolo Específico:

- Sinais e Sintomas em Proctologia
- Fatores de Risco / História Móbilida Progressiva
- Inspeção Anal e Perianal
- Toque Retal
- Anuscopia
- Retossigmoidoscopia
- Hemograma e Bioquímica
- Microbiologia em Proctologia
- Radiografia Simples de Abdome**
- Enema Opaco
- Ultra-sonografia transperietal em Proctologia
- Ultra-sonografia Transluminal em Proctologia
- Tomografia Computadorizada em Proctologia
- Ressonância Nuclear Magnética em Proctologia
- Utilização de Antibioticoterapia / antibioticopro
- Tratamento do Trauma Anorretoperineal / Corp
- Detalhes relacionados à técnica cirúrgica
- Complicações após Tratamento do Trauma An
- Evolução das Doenças Benignas após Tratam

Coleta de Dados:

- ☐ Delgado e cólon
- ☐ Níveis Hidroaérios
- ☒ Pneumoperitônio
- ☐ Ar Extraluminal Extraperitoneal
- ☐ Ar em órgãos e estruturas do ender superior do abd
- ☐ Ar intramural (pneumatose)
- ☒ Líquido Livre Extraluminal
- ☐ Aumento de espessura da parede intestinal
- ☐ Alteração nas Haustrações e contornos colônicos
- ☐ Alteração no calibre colônico
- ☐ Alteração no curso colônico
- ☒ Corpo Estranho intra-retocolônico
- ☐ Alterações Diafragmáticas
- ☐ lado direito
- ☐ lado esquerdo

<< Voltar Avançar >> Gravar Dados Fechar

FIGURA 42 – PROTOCOLO ESPECÍFICO – DOENÇA PILONIDAL SACROCOCCÍGEA

Protocolos de Dados Clínicos - Usuário: Usuário Administrador - [Lançamento de...]

Protocolos Cadastro de Pacientes Usuários

Nome do Paciente: Luiz da Silva

Número do prontuário: 1

Nome do Protocolo: Doença Pilonidal Sacrococcígea

Data da Internação: 2/1/2003

Data da Alta: 5/1/2003

Lançar Dados

Itens do Protocolo Específico:

- Sinais e Sintomas em Proctologia
- Fatores de Risco / História Móbilida Progressiva
- Inspeção Anal e Perianal
- Toque Retal
- Anuscopia
- Retossigmoidoscopia
- Hemograma e Bioquímica
- Dermatopatias perianais
- Neoplasias em Proctologia
- Fistulografia
- Tratamento da Doença Pilonidal Sacrococcígea
- Detalhes relacionados à técnica cirúrgica
- Período de cicatrização pós-cirúrgica na Doença**
- Complicação pós-tratamento da Doença Pilonid
- Evolução das Doenças Benignas após Tratame

Coleta de Dados:

- ☐ Indeterminado
- ☐ 2 semanas
- ☐ 3 semanas
- ☐ 4 semanas
- ☐ 5 semanas
- ☐ 6 semanas
- ☐ 7 semanas
- ☐ 8 semanas
- ☒ 9 semanas
- ☐ 10 semanas
- ☐ 11 semanas
- ☐ 12 semanas
- ☐ 4 meses
- ☐ 5 meses
- ☐ 6 meses

<< Voltar Avançar >> Gravar Dados Fechar

FIGURA 43 – PROTOCOLO ESPECÍFICO – HIDRADENITE SUPURATIVA PERIANAL

Protocolos de Dados Clínicos - Usuário: Usuário Administrador - [Lançamento de ...]

Protocolos Cadastro de Pacientes Usuários

Nome do Paciente:

Número do prontuário:

Nome do Protocolo:

Data da Internação:

Data da Alta:

Itens do Protocolo Específico:

- Sinais e Sintomas em Proctologia
- Fatores de Risco / História Móbida Progressiva
- Inspeção Anal e Perianal
- Toque Retal
- Anuscopia
- Retossigmoidoscopia
- Hemograma e Bioquímica
- Dermatopatias perianais
- Utilização de Antibioticoterapia / antibiótico**
- Tratamento cirúrgico da Hidradenite Supurativa
- Detalhes relacionados à técnica cirúrgica
- Complicação pós-tratamento da Hidradenite
- Evolução das Doenças Benignas após Tratamento

Coleta de Dados:

- ☒ Utilizada Antibioticoterapia
 - ☐ Antibiótico não descrito
 - ☒ Cefalosporina 1ª geração
 - ☐ Cefalosporina 2ª geração
 - ☐ Cefalosporina 3ª geração
 - ☐ Cloranfenicol
 - ☐ Tienfenicol
 - ☐ Doxiciclina
 - ☐ Aminoglicosídeo
 - ☒ Metronidazol
 - ☐ Penicilinas
 - ☐ Aminopenicilinas
 - ☐ Ampicilina/subactam
 - ☐ Vancomicina
 - ☐ Macrolídeo

FIGURA 44 – PROTOCOLO ESPECÍFICO – PROCTITES INFLAMATÓRIAS INESPECÍFICAS, ESPECÍFICAS E ACTÍNICA

Protocolos de Dados Clínicos - Usuário: Usuário Administrador - [Lançamento de ...]

Protocolos Cadastro de Pacientes Usuários

Nome do Paciente:

Número do prontuário:

Nome do Protocolo:

Data da Internação:

Data da Alta:

Itens do Protocolo Específico:

- Sinais e Sintomas em Proctologia
- Fatores de Risco / História Móbida Progressiva
- Inspeção Anal e Perianal
- Toque Retal
- Anuscopia
- Retossigmoidoscopia
- Colonoscopia
- Exame de Fezes
- Microbiologia em Proctologia
- Doenças Inflamatórias Colorretais**
- Pouchografia (Bolsagraftas)
- Medidas higienodietéticas em proctologia
- Tratamento medicamentoso nas Doenças Anais
- Utilização de Antibioticoterapia / antibiótico
- Tratamento das Proctites Inflamatória Inespecífica
- Tratamento específico da Proctite Actínica
- Complicações após Tratamento das Proctites
- Evolução das Doenças Benignas após Tratamento

Coleta de Dados:

- ☒ Doença de Crohn
 - ☐ Retocolite Ulcerativa Idiopática
 - ☐ Retocolite actínica
 - ☐ Retocolite específica
- ☒ Descrição histopatológica
 - ☒ Granuloma
 - ☒ Edema
 - ☐ Quantificação não descrita
 - ☒ Discreto
 - ☐ Acentuado
 - ☐ Células Gigantes
 - ☐ Muco Intracitoplasmático diminuído
 - ☐ Vasos na base da úlcera
- ☒ Infiltrado inflamatório
 - ☒ Quantificação não descrita
 - ☐ Intensa

FIGURA 45 – PROTOCOLO ESPECÍFICO – PÓLIPOS E NEOPLASIA BENIGNAS ANORRETAIS

Protocolos de Dados Clínicos - Usuário: Usuário Administrador - [Lançamento ...]

Protocolos Cadastro de Pacientes Usuários

Nome do Paciente: Luiz de Silva

Número do prontuário: 1

Nome do Protocolo: Pólipos e Neoplasias Benignas Anorretais

Data da Internação: 2/1/2003

Data da Alta: 4/1/2003

Lançar Dados

Itens do Protocolo Específico:

- Sinais e Sintomas em Proctologia
- Fatores de Risco / História Móbida Progressa
- Inspeção Anal e Perianal
- Toque Retal
- Anuscopia
- Retossigmoidoscopia
- Colonoscopia
- Hemograma e Bioquímica
- Marcadores Tumorais
- Exame de Fezes
- Pólipos Colorretais
- Marcadores Genéticos
- Citometria de Fluxo
- Enema Opaco
- Ultra-sonografia Transluminal em Proctologia
- Tomografia Computadorizada em Proctologia
- Ressonância Nuclear Magnética em Proctologia
- Tratamento de Pólipos e Neoplasias Benignas**
- Detalhes relacionados à técnica cirúrgica
- Evolução das Doenças Benignas após Tratamento

Coleta de Dados:

- ☒ Excisão Transanal
 - ☐ Excisão convencional
 - ☐ Bisturi elétrico
 - ☐ Bisturi "frio"
 - ☐ Grampeador
 - ☐ Mucosectomia retal
 - ☐ Eletrocoagulação
 - ☐ Leserterapia
 - ☒ TEM (Microcirurgia Transanal microscópica)
 - ☐ Excisão / Ressecção Transcoccigiana (Kraske)
 - ☐ Excisão Intersfícteriana anterior
 - ☐ Tratamento cirúrgico para Poliposes Familiares
 - ☐ Proctocolectomia com ileostomia definitiva / bolsa
 - ☐ Colectomia total com ileo-reto anastomose
 - ☐ Reto-colectomia com anastomose ileo-anal

<< Voltar Avançar >> Gravar Dados Fechar

FIGURA 46 – PROTOCOLO ESPECÍFICO – CÂNCER RETAL

Protocolos de Dados Clínicos - Usuário: Usuário Administrador - [Lançamento ...]

Protocolos Cadastro de Pacientes Usuários

Nome do Paciente: Luiz de Silva

Número do prontuário: 1

Nome do Protocolo: Câncer Retal

Data da Internação: 6/1/2003

Data da Alta: 13/1/2003

Lançar Dados

Itens do Protocolo Específico:

- Marcadores Tumorais
- Exame de Fezes
- Marcadores Genéticos
- Citometria de Fluxo
- Neoplasias em Proctologia
- Estadiamento de Neoplasia em Proctologia
- Congelamento
- Radiografia de Tórax
- Enema Opaco
- Ultra-sonografia transparietal em Proctologia
- Ultra-sonografia Transluminal em Proctologia
- Cintilografia em Proctologia
- Tomografia Computadorizada em Proctologia
- Ressonância Nuclear Magnética em Proctologia
- Achados cirúrgicos no Câncer Retal
- Tratamento cirúrgico do Câncer Retal
- Quimioterapia / Radioterapia no Câncer Anorretal
- Detalhes relacionados à técnica cirúrgica**
- Complicações após Tratamento das Neoplasias Anorretais
- Evolução do Câncer Anorretal após Tratamento

Coleta de Dados:

Detalhes relacionados à técnica cirúrgica

- ☐ Preparo pré-cirúrgico não descrito
- ☒ Preparo pré-cirúrgico descrito
 - ☐ Restrição dietética
 - ☒ Enteroclisma
 - ☐ Período de aplicação desconhecido
 - ☒ Noite anterior ao procedimento
 - ☐ Antes do procedimento
 - ☒ Laxativos orais
 - ☐ Não descrito
 - ☐ Ácido ricinoléico
 - ☐ Fenotaleínas
 - ☒ Bisacodil
 - ☐ Picosulfato de Sódio
 - ☐ Sena
 - ☐ Outros

<< Voltar Avançar >> Gravar Dados Fechar

FIGURA 47 – PROTOCOLO ESPECÍFICO - CÂNCER DE ÂNUS E CANAL ANAL

Protocolos de Dados Clínicos - Usuário: Usuário Administrador - [Lançamento ...]

Protocolos Cadastro de Pacientes Usuários

Nome do Paciente: Luiz da Silva

Número do prontuário: 1

Nome do Protocolo: Câncer de Ânus e Canal Anal

Data da Internação: 6/1/2003

Data da Alta: 13/1/2003

Lançar Dados

Itens do Protocolo Específico:

- Hemograma e Bioquímica
- Provas de Função Hepática
- Marcadores Tumorais
- Exame de Fezes
- Marcadores Genéticos
- Citometria de Fluxo
- Neoplasias em Proctologia
- Estadiamento de Neoplasia em Proctologia
- Congelamento
- Radiografia de Tórax
- Ultra-sonografia transparietal em Proctologia
- Ultra-sonografia Transluminal em Proctologia
- Cintilografia em Proctologia
- Tomografia Computadorizada em Proctologia
- Ressonância Nuclear Magnética em Proctologia
- Tratamento cirúrgico do Câncer de Ânus e Canal Anal
- Quimioterapia / Radioterapia no Câncer Anorretal**
- Detalhes relacionados à técnica cirúrgica
- Complicações após Tratamento das Neoplasias
- Evolução do Câncer Anorretal após Tratamento

Coleta de Dados:

Quimioterapia / Radioterapia no Câncer Anorretal

- ☐ Quimioterapia neo-adjuvante (pré-operatória)
- ☒ Quimioterapia adjuvante (pós-operatória)
- ☐ Quimioterapia na doença avançada
- ☐ Quimioterapia Portal / Quimioembolização hepática
- ☐ Drogas / esquema terapêutico não descrito
- ☒ Drogas descritas
 - ☐ 5-Fluoracil
 - ☐ 5-Fluorodesoxiuridina
 - ☐ Nitrosuréia
 - ☐ Leucovorin
 - ☒ Mitomicina C
 - ☐ Cisplatina
 - ☐ Metotrexate
 - ☐ PALA
 - ☐ Semustina

<< Voltar Avançar >> Gravar Dados Fechar

As pastas abertas na demonstração dos 18 protocolos específicos foram escolhidas de forma aleatória para fazer uma demonstração ilustrativa dos diversos conteúdos. Sendo que o leitor pode verificar o conteúdo de cada pasta consultando a base mestra de dados clínicos em anexo.

Os dados coletados por estes protocolos podem ser observados pelo usuário administrador através do comando “Pesquisar” da barra de opções. Esta opção abre uma janela que expõe o número absoluto de dados assinalados numa doença e a sua distribuição nos moldes do protocolo específico. Nesta janela também existe a possibilidade de delimitação da pesquisa pelo sexo, raça, idade (intervalos entre períodos de nascimento), período de internação e períodos de altas, como demonstrado na figura 48..

FIGURA 48 – JANELA DE PESQUISA DOS DADOS COLETADOS

Protocolos de Dados Clínicos - Usuário: Usuário Administrador

Protocolos Cadastro de Pacientes Usuários

Pesquisa

Protocolo Específico:

☒ Sexo:

☒ Raça:

☒ Nascimento entre: e

☒ Internações ocorridas entre: e

☒ Altas ocorridas entre: e

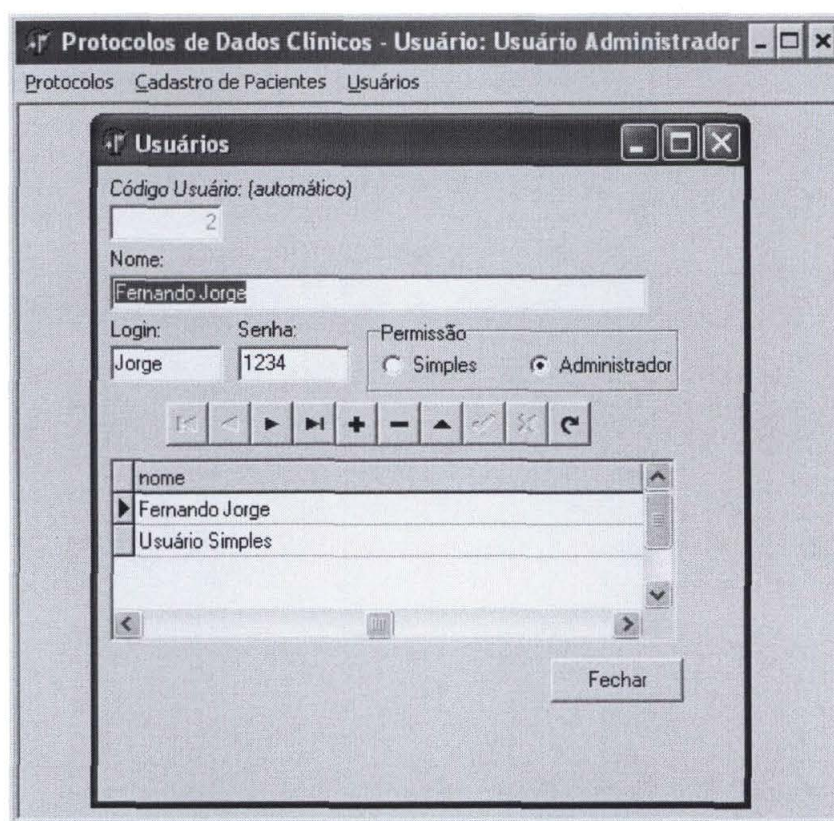
O número total de dados coletados para esta pesquisa é 0.

- ☒ QUADRO CLÍNICO EM PROCTOLOGIA
- ☒ EXAME FÍSICO E ENDOSCÓPICO PROCTOLÓGICOS
- ☒ EXAMES LABORATORIAIS EM PROCTOLOGIA
- ☒ EXAME ANATOMOPATOLÓGICO EM PROCTOLOGIA
- ☒ RADIOLOGIA EM PROCTOLOGIA
- ☒ TERAPÊUTICA EM PROCTOLOGIA (Doenças Anorretais)
- ☒ EVOLUÇÃO PÓS-TRATAMENTO DAS DOENÇAS ANORRETAIS

Os dados delimitadores da pesquisa são todos optativos. O único dado obrigatório é a doença a ser pesquisada. Esta janela só fornece o número absoluto de cada dado assinalado, além do número total de dados coletados. Porém este *software* não permite fazer cruzamento de dados ou análises estatística. Este processo fica a cargo de outro aplicativo o *Excel*® que utiliza a base de dados coletados com este propósito.

O sistema de segurança do *software* é gerencia do pelo usuário(s) administrador(es), o qual tem acesso exclusivo ao item “Usuários” da barra de opções. Através deste, o administrador abre uma janela onde pode incluir um novo usuário, excluir um usuário já existente, alterar o *login* e senha de qualquer usuário e determinar em que modo de navegação cada usuário navegará o programa. Nesta janela também consta uma lista de todos os usuários com seus respectivos *logins* e senhas, os quais dão permissão de acesso o programa. Esta lista pode ser navegada pelo administrador através da barra de código de comando localizada acima da mesma, conforme demonstrado na figura 49.

FIGURA 49 – CADASTRAMENTO DE USUÁRIOS



Pelo fato exposto acima, fica claro a importância em se restringir a permissão do usuário tipo administrador, cargo que deve ser exclusivo aos analistas de sistema e aos médicos pesquisadores que atualizam os dados do protocolo mestre e acompanham os resultados das coletas de dados.

4 DISCUSSÃO

4.1 CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

Os estudos científicos descritivos que utilizam prontuários médicos como a única fonte de informação disponível representam grande desafio aos pesquisadores. Muitas vezes, eles não são capazes de realizarem estudos de qualidade pela simples impossibilidade de coletarem dados de maneira precisa. Esta dificuldade se dá pelo fato de que os prontuários manuscritos muitas vezes apresentam histórias médicas incompletas ou ilegíveis, além da grande falta de padronização nas descrições dos aspectos clínicos, caracterizando-se a subjetividade, comprometendo assim, a qualidade desta fonte de dados (DICK, 1992)

A solução deste problema, defendida por alguns autores (McDONALD, 1992; RIND, 1993; SITTING, 1994; KOHANE, 1996), é no sentido da execução de estudos baseados na coleta eletrônica de dados, através do computador. Esse processo de coleta informatizada aconteceria paralelamente às descrições usuais dos prontuários tipo papel, que possuem questionários (protocolos) eletrônicos padronizados e objetivos, eliminando o caráter subjetivo do prontuário habitual. Para alguns autores, as pesquisas neles baseadas dariam a possibilidade de análise dos mais variados dados coletados de forma orientada e imediata, propiciando a estruturação de estudos científicos médicos de qualidade e credibilidade em relação aos seus resultados e conclusões (McDONALD, 1998 e WEINBERGER, 1997).

Estudos descritivos envolvendo grandes bancos de dados podem conferir boa qualidade às pesquisas científicas (DAVIDOFF, 1997). Em Birmiham - USA, a aplicação de um programa de coleta prospectiva de dados nos pacientes em tratamento pela Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) da Universidade do Alabama, transformou esta instituição em referência, sendo considerada o principal centro de estudos sobre SIDA nos Estados Unidos, devido a qualidade dos estudos produzidos a partir do banco de dados gerado (LEE, 1994). Outro fato importante, é que a utilização de estudos a partir de banco de dados não se limita a instituições isoladas, podendo assumir caráter multicêntrico, como o que ocorreu em 38 unidades de terapia intensiva na França que juntas alimentaram

um único banco de dados referentes a informações como idade, antecedentes clínicos, estado clínico atual e avaliação psicológica dos pacientes (LORAT, 1989).

Hoje em dia, a realização de estudos multicêntricos tornou-se prática comum na área médica, sendo que alguns tomam tal abrangência chegando a ter âmbito nacional (COLTORN, 1991). As vantagens dos estudos multicêntricos são de proporcionar aumento da população estudada, possibilitando conclusões mais rápidas sobre fenômenos raros e redução do tempo de realização da pesquisa. (PEREIRA, 1995).

A criação destes protocolos informatizados de coleta prospectiva de dados clínicos possibilita a realização de trabalhos científicos de alta qualidade, pois facilita o desenvolvimento dos estudos multicêntricos, mesmo envolvendo instituições menores, as quais enviariam seus dados para bancos de dados maiores, os quais receberiam dados de várias outras instituições, chegando a resultados relevantes e de alta qualidade em menor tempo (BLUMEINSTEIN, 1995).

A criação do “Protocolo Informatizado de Coleta de Dados Clínicos das Doenças Anorretais” seguiu os mesmos princípios descritos por Sigwalt, originados a partir do *software* criado pelo Professor Dr. Osvaldo Malafaia e no desenvolvimento de um protocolo informatizado relativo a doença do aparelho digestivo (esôfago). Estes princípios estão relacionados a criação de uma base eletrônica de dados clínicos, capaz de gerar de forma prospectiva um banco de dados de qualidade, caracterizado pela simplicidade na sua forma de preenchimento (SIGWALT, 2001).

4.2 SOBRE A CONFECÇÃO DA BASE TEÓRICA DE DADOS CLÍNICOS

A base teórica de dados clínicos, descrita no tópico 2.1, vista pelo prisma dos conceitos de metodologia, seria composta por todo os elementos representativos das doenças anorretais. Seguindo este conceito, eles deveriam representar todo e qualquer dado publicado sobre doenças anorretais, fato que em si é impossível e utópico para ser realizado. Deve-se levar em conta que o objetivo desta base de dados é dar subsídio a questionários eletrônicos concisos, objetivos e abrangentes , sem que com isto se tornem longos e demorados. Para tanto, o programa deveria possuir apenas os elementos relevantes para uma boa pesquisa médica, mas sendo completo em todas as áreas de estudo que envolvam as doenças anorretais.

A solução encontrada foi a determinação de critérios de levantamento dos dados para a criação da base de dados clínicos.

Após a delimitação do tema (doenças anorretais), decidiu-se por limitar o estudo à população adulta, visto o fato de que os possíveis locais de implantações do protocolo (proctologia, cirurgia geral e cirurgia do aparelho digestivo) atendem exclusivamente a pacientes adultos, inclusive no Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, unidade onde só se atende pacientes com mais de 14 anos, este fato excluiu o interesse nas doenças de caráter congênito.

A revisão bibliográfica foi pré-estabelecida utilizando-se cinco livros texto específicos da área, atualizados e de reconhecimento nacional e internacional. Após esta fase de pesquisa, cada doença foi “atualizada” através de busca via *internet* revisando-se as publicações a ela relacionada dos últimos cinco anos (1998 a 2002). Este procedimento objetivava a cobertura e o aprofundamento necessário ao tema, sem que houvesse a omissão de assuntos relevantes ou detalhamentos excessivos em assuntos específicos que poderiam levar a perda de tempo desnecessária ou ao desvio do objetivo da base teórica de dados clínicos, que por sua vez deveria dar subsídio para formação de questionários claros, objetivos e com abrangência necessária à boa pesquisa clínica.

4.3 SOBRE A CONFEÇÃO DO PROTOCOLO INFORMATIZADO

A partir de 1999, no Laboratório de Informática e Multimídia do Programa de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, foi iniciado um grande projeto de desenvolvimento de protocolos informatizados coordenados por técnicos em processamento de dados vinculados ao Programa da Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica desta instituição, o qual foi idealizado pelo professor Dr. Osvaldo Malafaia. Neste projeto vem sendo desenvolvido um *software* com característica de gerenciar questionários, constituído quase completamente por dados objetivos e alguns poucos dados subjetivos. Os dados subjetivos são restritos ao nome do paciente, sexo, data de nascimento, número do prontuário, número da identidade, CPF, data de internação e data de alta ou óbito (dados cadastrais). Após o preenchimento desses dados subjetivos todo o questionário passa a ser objetivo, ou seja, formulado de forma fechada com opções diretas

A concepção do protocolo informatizado parte da existência do banco de dados mestre (protocolo mestre), o qual permite toda possibilidade de variáveis para cruzamento, ou dados relevantes relacionados ao tema (base teórica de dados clínicos). A partir deste protocolo mestre foram formulados questionários específicos relativos a cada doença em estudo (protocolos específicos). Neste caso, foram formulados 18 protocolos específicos relativos ao questionário próprio de cada doença, mas eles podem ser aumentados a um número sem limites, dependendo do interesse do pesquisador e do cruzamento de dados que se deseja realizar.

A base teórica de dados clínicos, quando incluída no protocolo mestre, promove estruturação lógica nos dados. Isto permite que as pastas dos protocolos específicos sejam ordenadas de forma coerente, iniciando com aspectos de história clínica, fatores de risco, exames físicos e complementares, tratamentos e evolução pós-tratamento. Como a grande maioria das doenças anorretais possui sinais e sintomas comuns, os dados relativos a anamnese e exame físico foram agrupados em dois diretórios, “Quadro Clínico em Proctologia” e “Exames Físico e Endoscópico em Proctologia”, de forma a servir para todas as doenças. A partir da pasta “Colonoscopia” os protocolos específicos foram organizados de forma personalizada segundo a necessidade de cada doença, conforme demonstrado nas

figuras 30 a 47. Esta organização resultou num sistema elaborado para que fosse possível dar clareza e objetividade ao processo de coleta de dados.

A preocupação ao criar um sistema de segurança para restringir o acesso dos usuários simples ao protocolo mestre foi pelo simples fato de evitar o risco de alterações inadvertidas desta base de dados, o que poderia trazer consequências ruins à utilização do *software*. Além disso, o sistema de segurança limita o acesso aos dados colhidos ao usuário administrador, em última análise ao pesquisador.

A decisão de se utilizar sistema de navegação semelhante ao do *Microsoft Windows*® foi pela familiarização que todo o usuário de microcomputadores tem por este sistema. A linguagem *Delphi*® roda diretamente sobre o sistema operacional e está relacionada a alta velocidade de processamento do *software*, além de possibilitar carregá-lo em *CD-ROM*, dando-lhe características de portabilidade. Aventou-se no início a utilização da linguagem *Java*® que possibilitaria ao *software* ser utilizado *on-line* através da *internet*. Porém, esta versão foi abandonada pelo risco de que os dados coletados pudessem ser manipulados quando expostos na rede. O banco gerado pelo *Access*® além de ser simples, facilita a manipulação dos dados a serem analisados posteriormente, através do programa *Excel*®.

O auxílio técnico dos programadores ligados a laboratórios de informática médica é fundamental para o bom desempenho deste *software*, pois, apesar de bem estruturado, todo programa é passível de erro e, além disso, como a informática é ciência em pleno avanço, melhoramentos neste programa são esperados. Atualmente, os processadores de dados do Laboratório de Informática e Multimídia do Programa de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná estão trabalhando em uma versão deste protocolo para *PalmTop* (computador de bolso) que com certeza, facilitará grandemente o trabalho dos coletadores de dados.

4.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A criação de um banco de dados eletrônico não deve substituir o prontuário médico, mesmo porque não tem esta finalidade. Deve servir como fonte futura de informações em relação a um determinado grupo de pacientes, ou seja, na avaliação de dados com objetivo estatístico dentro de uma pesquisa médica. Além disso, o prontuário médico é exigido por lei e funciona como documento de posse exclusiva do paciente, com caráter jurídico, podendo ser preenchido somente pelo médico assistente.

Em relação aos custos, apesar da confecção do protocolo informatizado ter investimento inicial grande, consumindo anos de pesquisa e a necessidade da infra-estrutura de um laboratório de informática, o resultado final foi um *software* simples que pode rodar em qualquer microcomputador e ser utilizado por pessoas que tenham conhecimento básico de informática. Sendo assim, os problemas relacionados a custos de implantação deste protocolo eletrônico são minimizados e relativamente baixos. Considerando-se a sua aplicabilidade, o custo-benefício de sua implantação é muito mais favorável ao benefício.

O protocolo informatizado acima descrito, em síntese, se traduz em um questionário que é preenchido de maneira obrigatoriamente uniforme, estabelecido na rotina hospitalar e sem perder sua lógica para busca prospectiva. É exposto de forma fechada e composto somente por opções diretas, que dá a ele característica de objetividade, clareza e precisão ao dado coletado. Minimizando qualquer viés gerado a partir da interpretação de um dado com característica subjetiva e dá maior qualidade à pesquisa científica nele estruturada.

5 CONCLUSÃO

O estudo apresentado permite concluir:

O *software* “Protocolo informatizado de Coleta de Dados Clínicos das Doenças Anorretais” criado neste estudo é caracterizado pela capacidade de armazenar dados clínicos, de forma prospectiva, de maneira clara, objetiva, abrangente, atualizável e com possibilidade de portabilidade. Podendo ser utilizado facilmente por médicos e estudantes de medicina.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS¹

BARNETT, G. O. The application of computer-based medical record systems in ambulatory practice. **The New England Journal of Medicine**, v.310, n.25, p. 1643-1650, 1984.

BLACKBURN, J. P. On-line computing in surgery. **British Journal of Surgery**, v.58, p.789-791, 1971.

BLETTNER, M. et al. Traditional reviews, meta-analyses and pooled analyses in epidemiology. **International Journal of Epidemiology**, v.28, p.1-9, 1999.

BLUMEINSTEIN, B.A. Medical research data. **Controlled Clinical Trials**, v.16, p.453-455, 1995.

BOFFETTA, P. et al. Cancer mortality among manmade vitreous fiber production workers. **Epidemiology**, v.8, p.259-268, 1997.

COLTORTI, M.; DEL VECCHIO BLANCO, C.; CAPORASO, N.; et al. Liver cirrhosis in Italy. A multicenter study on presenting modalities and the impact on health care resources. National project on liver cirrhosis Group. **Italian Journal Gastroenterology**, v.23, n1, p.42-48, 1991.

CORMAN, M. L. et al. **Colon and Rectal Surgery**. J. B. Philadelphia, Lippincott, 4 ed., 1998.

DAVIDOFF, F. Databases in the next millennium. **Annals of internal medicine**, v. 127, n.8, p. 770-774, 1997.

DICK, R. S.; STEEN, E.B. **Essential technologies for computer based patient records: a summary**. New York, Springer-Verlag, p.229, 1992.

DICK, R. S. The Computer-Based Patient Record – An Essential Technology for Health Care. Institute of Medicine, **National Academy Press**, 1991.

DICKERSIN, K. How important is publication bias? A synthesis of available data. **AIDS Education Prevention**, v.9 (Suppl A), p.15-21, 1997.

DOYLE, D.J. et. al. The Internet and medicine: past, present, and future. **Yale Journal of Biology and Medicine**, v.69(5), p.429-437, 1996

FRIEDENREICH, C. M. Methods for pooled analyses of epidemiologic studies. **Epidemiology**, v.4, p.752-760, 1993.

¹ “...as referências citadas no documento devem ser arroladas na lista denominada REFERÊNCIAS...”
(Universidade Federal do Paraná. Normas para apresentação de documentos científicos, v.6, p.19, 2000).

FRISBY, A. J. The Internet and medical education. **Del Medicine Journal**. V.68(12), p.602-605, 1996

KAHN, M. G. Clinical databases and critical care research. **Critical Care Clinics**, v.10, n.1, p.37-51, 1994

KOHANE, I.S.; GREENSPUN, P.; FACKLER, J. Building National Electronic Medical Record Systems via the World Wide Web. **Journal of the American Medical Informatics Association**, v.3, n.3, p.191-207, 1996.

LEE, J.Y. Uses of Clinical Databases. **The American Journal of Medical Science**, v.308, p.58-62, 1994.

LIPKIN, M.; HARDY, J.D. Mechanical correlation of data in differential diagnosis of hematological diseases. **Journal of the American Medical Association (JAMA)**, v.166, n.2, p.113-135, 1958.

LISTER, G.D. The development of clinical records for plastic surgery and their computer storage. **British Journal of Plastic Surgery**, v.27, p.59-66, 1974.

LOIRAT, J. R. Description of various types of intensive and intermediate care units in France. **Intensive Care Medicine**, v.15, n.4, p. 260-265, 1989.

LUBIN, J.H. Et al. Randon exposed underground miners and inverse dose-rate (protraction enhancement) effects. **Health Physicist**, v.14, p.2057-2079, 1995.

McDONALD, C.J. et al. What is done, what is needed and what is realistic to expect from medical informatics standards. **Journal of Informatics**, v.48, p.1-12, 1998.

McDONALD, C.J.; TIERNEY, W.N.; OVERHAGE, M. The Regentrief Medical Record System: 20 years of experience in hospitals, clinics, and neighborhood health centers. **Medical Data Computing**, v.9, n.4, p.206-217, 1992.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia teoria e prática**. Rio de Janeiro. Guanabara-Koogan, 1995.

RIND, D. M. Real and Imagined Barriers to an Eletronic Medical Record. **Proceedings of the Seventeenth Annual Symposium on Computer Aplpications in Medical Care**, Washington, 1993, p.74-78.

ROCHA NETO, J. M.; ROCHA FILHO, J. M. Serviço de arquivo médico e estatístico (computadorizado) como meio de aprimoramento de ensino, da pesquisa e da administração. **R AMRIGS**, v.27, p.492-494, 1983.

ROME, H. P. et al. Symposium on automation technics in personality assesment. **Mayo Clinic Proceedings**, v.37, p.61-82, 1962.

SCHENTHAL, J. E. et al. Clinical application of large-scale electronic data processing apparatus: I. New concepts in clinical use of the electronic digital computer. **Journal of the American Medical Association (JAMA)**, v.173, n.1, p.6-11, 1960.

SIEGEL, G. M. Group Designs in clinical research. **Journal of Speech and Hearing Disorders**, v.52, p.194-199, 1987.

SIGWALT, M.F. **Protocolo eletrônico das doenças do esôfago**. Dissertação de mestrado do programa de pós-graduação em Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Paraná. 2001.

SITTING, D. F. Grand Challenges in Medical Informatics? **Journal of the American Medical Informatics Association**, v.1, n.5, p.412-413, 1994.

STEWART, L. A. On behalf of the Cochran Working Group on Meta-Analysis Using Individual Patient Data. Practical methodology of meta-analysis (overviews) using updated individual patient data. **Statement Medicine**, v.14, p. 2057 - 2079, 1995

WEINBERGER, M et al. Prespectives from the sixth Regenstrief Conference. **Annals of Internal Medicine**, v.2, p. 127-128,1997

OBRAS CONSULTADAS²

ALTOMARE, D.F. et. al. Glyceryl trinitrate for chronic anal fissure--healing or headache? Results of a multicenter, randomized, placebo-controlled, double-blind trial. **Diseases of the Colon and Rectum**, v.43(2), p.174-179 ; discussion 179-181, 2000.

AMARO, R. et al. Rectal Dieulafoy's lesion: report of a case and review of the literature. **Diseases of the Colon and Rectum**, v.42, n.10, p.1339-1341, 1999.

BAERT, F.J. et. al. Anti-TNF strategies in Crohn's disease: mechanisms, clinical effects, and indications. **International Journal of Colorectal Disease**, v.14, n.1, p.47-51, 1999.

BUESS, G.F. and RAESTRUP, H. Transanal endoscopic microsurgery. **Surgery Oncologic Clinics of North America**, v.10(3), p. 709-731, 2001.

CASTRO, L.P. et. al. **Tópicos em Gastroenterologia – Avanços em Coloproctologia**. Rio de Janeiro, Medsi, 2001.

CHAPPLE, K.S. et. al. Prognostic value of magnetic resonance imaging in the management of fistula-in-ano. **Diseases of the Colon and Rectum**, v. 43(4), p. 511-516, 2000.

CINTRON J. R. et. al. Repair of fistula-in-ano using fibrin adhesive: long-term follow up. **Diseases of Colon and Rectum**. V.43, p. 944-950, 2000.

COMPTON, C.C. Pathologic prognostic factors in the recurrence of rectal cancer. **Clinics of Colorectal Cancer**, v. 2(3), p.149-160, 2002.

CORMAN, M. L. et al. **Handbook of Colon and Rectal Surgery**. J. B. Philadelphia, Lippincott, 2002.

CORMAN, M. L. et al. **Colon and Rectal Surgery**. J. B. Philadelphia, Lippincott, 4 ed., 1998.

CRUZ G. M.G. **Coloproctologia: Propedêutica Geral**. Rio de Janeiro, Reviver, 1999.

CRUZ G. M.G. **Coloproctologia: Propedêutica Nosológica**. Rio de Janeiro, Reviver, 2000.

² "...as referências consultadas podem ser arroladas em outras listas, denominadas BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA, DOCUMENTOS CONSULTADOS ou OBRAS CONSULTADAS, as quais devem figurar após a lista de referências..." (Universidade Federal do Paraná. Normas para apresentação de documentos científicos, v.6, p.19, 2000).

CRUZ G. M.G. **Coloproctologia: Terapêutica**. Rio de Janeiro, Reviver, 2000.

De GRAAF, E. J. et. al. Transanal endoscopic microsurgery for rectal cancer. **European Journal of Cancer**, v. 38(7), p.904-910, 2002.

EHRENPREIS, E.D.et. al. Treatment of anal fissures with topical nitroglycerin. **Expert Opinion in Pharmacotherapy**. v. 2(1), p. 41-45, 2001.

FAUCHERON, J.L. et al. Soave's procedure: the final sphincter-saving solution for iatrogenic rectal lesions. **The British Journal of Surgery**, v.85, n.7, p.962-964, 1998.

FELT-BERSMA, R.J. and CUESTA, M.A. Rectal prolapse, rectal intussusception, rectocele, and solitary rectal ulcer syndrome. **Gastroenterology Clinics of North America**, v. 30(1), p.199-222, 2001.

FERULANO, G.P. et. al. Influence of the surgical treatment on local recurrence of rectal cancer: a prospective study (1980-1992). **Journal of Surgery and Oncology**, v. 74(2)p. 153-157, 2000.

GARCIA-AGUIAR J. et. al. Local excision of rectal cancer without adjuvant therapy: a word of caution. **Annals of Surgery**, v. 231(3), p.345-351, 2000.

HAY, J.L. and MSIKA, S. Radiotherapy and chemotherapy in the treatment of cancer of the rectum. **J Chir (Paris)**, v.137(1), p.13-15, 2000.

HELTON, W. S. 2001 consensus statement on benign anorectal disease. **Journal of Gastroenterology Surgery**. v.6(3). P.302-303,2002.

HETZER, F.H. Stapled vs excision hemorrhoidectomy: long-term results of a prospective randomized trial. **Arch Surg**, v.137(3), p.337-440, 2002

HO, Y. H. et. al. Randomized trial assessing anal sphincter injuries after stapled haemorrhoidectomy. **The British Journal of Surgery**, v. 88(11), p. 1449-1455, 2001.

HOLLAND, W.W. The use of computers in surgical practice. **British Journal of Surgery**, v.58, n.10, p.780-783, 1971.

HUBER Jr, P. et. al. Anorectal Disease. **Current Treatement Options in Gastroenterology**, v.3(3), p.229-242, 2000.

IWADARE, J. Sphincter-preserving techniques for anal fistulas in Japan. **Diseases of the Colon and Rectum**, v.43(10 Suppl), p. 69-77, 2000.

JONAS, M. et. al. Anal Fissure. **Gastroenterology Clinics of North America**, v.30(1), p.167-181, 2001.

JOST, W.H. Ten years' experience with botulin toxin in anal fissure. **International Journal of Colorectal Diseases**, v.17(5), p.298-302, 2001.

KARULF, R.E. et. al. Rectal prolapse. **Current Problems in Surgery**, v. 38(10), p.771-832, 2001.

KELLOKUMPU, I.H. and KAIRALUOMA, M. Laparoscopic repair of rectal prolapse: surgical technique. **Ann Chir Gynaecol**, v. 90(1), p.66-69, 2001.

KONSTEN, J. and BAETEN, C.G. Hemorrhoidectomy vs. Lord's method: 17-year follow-up of a prospective, randomized trial. **Diseases of the Colon and Rectum**, v. 43(4), p.503-506, 2000.

LAMBERT, R. Et al. Early diagnosis and prevention of sporadic colorectal cancer. **Endoscopy**, v.33, n.12, p.1042-1064, 2001.

LAVERY, I. C. et al. Treatment of colon and rectal cancer. **The Surgical Clinics of North America**, v.80, n.2, p.535-569, ix 2000.

LIBERTINY, G. et. al. Randomised trial of topical 0.2% glyceryl trinitrate and lateral internal sphincterotomy for the treatment of patients with chronic anal fissure: long-term follow-up. **European Journal of Surgery**, v.168(7), p.418-421., 2001

LINDSEY, I. et. al. A randomized, controlled trial of fibrin glue vs. conventional treatment for anal fistula. **Diseases of the Colon and Rectum**. v. 45(12), p.1608-1015, 2002.

LOWRY, A.C. et. al. Consensus statement of definitions for anorectal physiology and rectal cancer. **ANZ J Surg**, v. 71(10), p. 603-605, 2001.

MANGANOTIS, A.N. et al. Urologic complications of Crohn's disease. **The Surgical Clinics of North America**, v.81, n.1, p.197-215, x 2001.

MARIA, G. et. al. A comparison of botulinum toxin and saline for treatment of chronic anal fissure. **New England Journal of Medicine**, v. 338 , n.4, p.217-220, 1998.

MAURO, M.A. et al. Advances in the gastrointestinal intervention: the treatment of gastroduodenal and colorectal obstructions with metallic stents. **Radiology**, v.215, n.3, p.659-669, 2000.

McCLANE, S.J. et. al. Anorectal Crohn's disease. **Surgical Clinics of North Amarerica**, v.81(1), p. 169-183, 2001.

McLEOD, R.S. et. al. Symptomatic care and nitroglycerin in the management of anal fissure.

Journal of Gastrointestinal Surgery. v.6(3), p.278-280, 2002.

MORITA, H. et al. Development of flat adenoma and superficial rectal cancer after pelvic radiation. **Journal of Clinical Gastroenterology**, v.26, n.3, p.171-174, 1998.

NELSON, H. et. al. Guidelines 2000 for colon and rectal cancer surgery. **J Natl Cancer Inst**, v. 93(8), p. 583-596, 2001.

NELSON, R. Operative procedures for fissure in ano. **Cochrane Database System Review**, v.1, 2002.

ODOLOWO, O. O. Massive life-threatening lower gastrointestinal hemorrhage following hemorrhoidal rubber band ligation. **J Natl Med Assoc**, v.94(12), p.1089-1092.,2002.

PIKARSKY, A.J. et al. Complications following formalin instillation in the treatment of radiation induced proctitis. **International Journal of Colorectal Diseases**, v.15, n.2, p.96-99, 2000.

PITT, J. et. al. Alpha-1 adrenoreceptor blockade: potencial new treatment for anal fissures. **Diseases of Colon and Rectum**, v. 43, n.3, p. 800-803, 2000.

BOZZETTI, F. et. al. Preoperative chemoradiation in patients with resectable rectal cancer: results on tumor response. **Ann Surg Oncol**, v.9(5), p. 444-449, 2002.

QUILICI, F. A. **Doenças Anorretais**. São Paulo, Lemos Editorial, 2002.

RAYO, B. et. al. Complications after stapled hemorrhoidectomy: can they be prevented? **Techin. Coloproctology**. v. 6(2), p.83-8, 2002.

REIS NETO, J.A. et. al. **New Trends in Coloproctology**. Rio de Janeiro, Revinter, 2000

RICHARD, C.S. et. al. Internal sphincterotomy is superior to topical nitroglycerin in the treatment of chronic anal fissure: results of a randomized, controlled trial by the Canadian Colorectal Surgical Trials Group. **Diseases of the Colon and Rectum**, v. 43(8), p.1048-1057; discussion 1057-8, 2000.

ROWSELL, M. and HENMINGWAY D.M. Circumferential mucosectomy (stapled haemorrhoidectomy) versus conventional haemorrhoidectomy: randomised controlled trial. **Lancet**, v. 355(9206), p. 779-781, 2000.

SALOMON, M.J. Does type of surgeon matter in rectal cancer surgery? Evidence, guideline consensus and surgeons' views. **ANZ J Surg**, v. 71(12)p. 711-714, 2001.

SIMKOVIC, D. et. al. Importance of the anorectal manometry in chronic anal fissure. **Acta Medica (Hradec Kralove)**, v. 44(3), p.105-107, 2001.

SPINELLI, P.; MANCINI, A. Use of self-expanding metal stents for palliation of rectosigmoid cancer. **Gastrointestinal Endoscopy**, v. 53, n.2, p.203-206, 2001.

SULTAN, S. Anal condyloma: its management is still difficult. **J Chir (Paris)**, v. 138(5), p.277-280, 2001.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. **Normas para apresentação de pesquisa científica**. Curitiba, Ed. da UFPR, 2000.

VAN CUSTSEM, E. et. al. Adjuvant treatment of colorectal cancer (current expert opinion derived from the Third International Conference: Perspectives in Colorectal Cancer, Dublin, 2001). **The European Journal of Cancer**, v. 38(11), p.1429-1436, 2002.

VENTRUCCHI, M. et al. Efficacy and safety of Nd: YAG laser for the treatment of bleeding from radiation proctocolitis. **Digestive Liver Disease**, v.33, n.3, p.230-233, 2001.

WIGGERS, T. et. al. The circumferential margin in rectal cancer. Recommendations based on the Dutch Total Mesorectal Excision Study. **The European Journal of Cancer**, v. 38(7), p. 973-976, 2002.

WILSON, M. S. Objective comparison of stapled anopexy and open hemorrhoidectomy: a randomized, controlled trial. **Diseases of the Colon and Rectum**, v.45(11), p.1437-1444, 2002.

WOLLINA, U. et. al. Botulinum toxin A in anal fissures: a modified technique. **Journal of The European Academy of Dermatology Venereologic**, v.16(5), p. 469-471., 2001.

ZBAR, A. P. et. al. Perineal rectosigmoidectomy (Altemeier's procedure): a review of physiology, technique and outcome. **Technique in Coloproctology**, v. 6(2), p.109-116, 2002.

ANEXO - BASE TEÓRICA DE DADOS CLÍNICOS DAS DOENÇAS ANORRETAIS³

1 QUADRO CLÍNICO EM PROCTOLOGIA

2 Sinais e Sintomas em Proctologia

- | | |
|---|--|
| <p>3 Alteração de Hábitos Intestinais</p> <ul style="list-style-type: none"> 4 Constipação Intestinal Crônica 4 Disenteria / Diarréia / Esteatorréia 4 Obstipação Intestinal 4 Hábito Intestinal Normal / Disenteria 4 Obstipação / Disenteria 4 Hábito Intestinal Normal / Obstipação <p>3 Alteração da Matéria Fecal</p> <ul style="list-style-type: none"> 4 Fezes Líquidas 4 Fezes Semi-líquidas 4 Fezes Pastosas 4 Fezes Ressecadas <ul style="list-style-type: none"> 5 Inespecíficas 5 Calibrosas 5 Em Fecálitos 5 Fragmentadas 5 Em Fitas 5 Em Cíbalos <p>3 Sintomas Anais Locais</p> <ul style="list-style-type: none"> 4 Dor Anal <ul style="list-style-type: none"> 5 Inespecífica 5 À Contração Anal 5 Em Queimação / Ardência 5 Latejante 5 Em Fincadas 4 Prurido anal 4 Massa Perianal <ul style="list-style-type: none"> 5 Inespecífica 5 Mamilo perianal 5 Tumor perianal 5 Verruga perianal 5 Abscesso perianal 5 Orifício perianal 4 Tumor Anal Exteriorizado 4 Sensação Anal <ul style="list-style-type: none"> 5 Plenitude Retal 5 Corpo Estranho no Reto 5 Imperiosa de Evacuar 4 Secreção Anômala em Roupas Íntimas <ul style="list-style-type: none"> 5 Sangue 5 Muco 5 Pus 5 Fezes 4 Proctalgia Fulgaz 4 Coito Anal 4 Empalação 4 Corpo Estranho no Reto 4 Trauma Anorretoperineal <ul style="list-style-type: none"> 5 Penterante <ul style="list-style-type: none"> 6 Arma branca 6 Arma de fogo 5 Contuso <p>3 Sintomas ao Ato Defecatório</p> <ul style="list-style-type: none"> 4 Dificuldade ao Ato Defecatório <ul style="list-style-type: none"> 5 Sensação anal <ul style="list-style-type: none"> 6 Evacuação incompleta 6 Direcionamento errado das fezes <ul style="list-style-type: none"> 7 Anterior 7 Posterior 7 Esquerda 7 Direita 5 Dor Anal ao Ato defecatório <ul style="list-style-type: none"> 6 Inespecífica 6 Em queimação 4 Puxo 4 Tenesmo 4 Exteriorização de massa ao Ato Defecatório <ul style="list-style-type: none"> 5 Redução Espontânea 5 Redução Manual 5 Não redutível 4 Secreção Anômala no Papel Higiênico <ul style="list-style-type: none"> 5 Sangue 5 Muco 5 Pus <p>3 Incontinência Anal</p> <ul style="list-style-type: none"> 4 Intensidade indeterminada | <ul style="list-style-type: none"> 4 Soiling <ul style="list-style-type: none"> 4 para gases 4 para fezes líquidas 4 parcial para fezes normais 4 total para fezes normais 4 Incontinência Permanente 4 Incontinência Temporária <ul style="list-style-type: none"> 5 Temporária inespecífica 5 Temporária diurna 5 Temporária noturna 5 Associada a circunstâncias determinadas 5 Associada a incontinência urinária <p>3 Secreções e Produtos Anormais nas Fezes</p> <ul style="list-style-type: none"> 4 Fezes acólicas 4 Muco 4 Pus 4 Sangue <ul style="list-style-type: none"> 5 Sangue oculto nas fezes 5 Melena 5 Coagulado nas Fezes 5 Sangue Vermelho Vivo <ul style="list-style-type: none"> 6 Em estrias 6 Em gotas 6 Esborrifado 6 Em jato <p>4 Restos Alimentares</p> <ul style="list-style-type: none"> 5 Inespecífico 5 Celulose 5 Gordura <ul style="list-style-type: none"> 6 Inespecífica 6 Neutra 6 Alcalina 5 Fibras <p>4 Elementos Parasitários</p> <ul style="list-style-type: none"> 5 Não identificado 5 Oxiúrus 5 Áscaris 5 Tênia <p>3 Sintomas e Sinais Abdominais</p> <ul style="list-style-type: none"> 4 Dor Abdominal <ul style="list-style-type: none"> 5 Inespecífica 5 Em cólica 5 Localizada <ul style="list-style-type: none"> 6 Fossa Ilíaca Esquerda 6 Fossa Ilíaca Direita 6 Hipogastro 6 Peri-umbilical 6 Hipocôndrio Direito 6 Hipocôndrio Esquerdo 6 Epigastro 5 Difusa 5 À palpação <ul style="list-style-type: none"> 6 Superficial 6 Profunda 6 Sinais de Peritonite 4 Parada de eliminação de fezes / gases <ul style="list-style-type: none"> 5 Sem repercussão abdominal 5 Distensão Abdominal 5 Meteorismo / Ruídos hidroaérios aumentados 5 Ruídos hidroaérios diminuídos 5 Rolamento abdominais 4 Abdome Globoso 4 Abdome Timpânico 4 Abdome Assimétrico 4 Abdome Escalfoide 4 Ondas Peristálticas Visíveis 4 Tumor Abdominal palpável / visível <ul style="list-style-type: none"> 5 Local indeterminado / não descrito 5 Fossa ilíaca esquerda 5 Fossa ilíaca direita 5 Hipogastro 5 Flanco esquerdo 5 Flanco direito 5 Mesogastro 5 Epigastro 5 Hipocôndrio esquerdo 5 Hipocôndrio direito |
|---|--|

³ Base de dados descrito no item 2.1 referente aos dados inseridos no protocolo mestre. Apresentada-se aqui na forma de texto de duas colunas configuradas pelo Word®. Letra tamanho 6.

- 4 Estomas / Fístulas Mucosas Abdominais
 - 5 Locais indeterminados / não descrito
 - 5 Quadrante inferior esquerdo
 - 5 Quadrante inferior direito
 - 5 Quadrante superior esquerdo
 - 5 Quadrante superior direito
 - 5 Ao nível da cicatriz cirúrgica
- 4 Cicatrizes abdominais
 - 5 Abdome Superior
 - 5 Abdome Inferior
 - 5 Abdome Superior e Inferior
- 3 Alteração do Estado Geral
 - 4 Febre
 - 4 Anorexia / Hiporexia
 - 4 Hipodinamia
 - 4 Perda de Peso Corporal
 - 5 Período
 - 6 Últimos 15 dias
 - 6 Há 6 meses
 - 6 Há 1 ano
 - 6 Há 2 anos
 - 6 Maior que 2 anos
 - 5 Quantidade
 - 6 Indeterminada
 - 6 Menor que 10% do peso usual
 - 6 10% - 30% do peso usual
 - 6 Maior que 30% do peso usual
 - 4 Alteração do Estado neuropsicogênico
 - 4 Desnutrição
 - 4 Caxeixia
 - 4 Edemas Periféricos
 - 4 Anasarca
 - 4 Distrofia
 - 4 Desidratação
 - 4 Hipovolemia
 - 4 Hipercalemia
 - 4 Alteração dos Equilíbrios Ácido-Básico e Hidroeletrólítico
 - 4 Sepsis
- 3 Outros Sinais / Sintomas Relacionados
 - 4 Alterações genito-urinárias
 - 5 Disúria
 - 5 Leucorréia
 - 5 Pneumatúria / fecalúria
 - 5 Flatus / fezes via vaginal
 - 4 Cefaléia
 - 4 Escotomas
 - 4 Diplopias
 - 4 Lipotímias
 - 4 Zumbido
 - 4 Acne facial
 - 4 Dores articulares
 - 5 Cintura Escapular
 - 5 Cintura Pélvica
 - 5 Coluna Lombar
 - 4 Linfadenopatia
 - 5 Inguinais
 - 5 Axilares
 - 5 Cervicais
 - 5 Outros locais

2 Fatores de Risco / História Mórbida Progressa

- 3 Assintomático
- 3 Fatores de Risco
 - 4 Dieta pobre em fibras / rica em amido
 - 4 Gravidez
 - 4 Tabagismo
 - 4 Alcoolismo
 - 4 Sedentarismo
 - 4 Esforço Físico Repetitivo
 - 4 Medicação de uso contínuo
 - 5 Sacarina / ciclamato
 - 5 Estrogênio
 - 5 Anti-ácido / AIOH
 - 5 Bloqueador H2
 - 5 Anti-depressivo
 - 4 Droga adição
 - 4 Doença mental
- 3 Antecedentes Mórbidos Pessoais
 - 4 Parto Normal
 - 4 Diabetes Mellitus
 - 4 HIV / AIDS
 - 4 Tuberculose
 - 4 Doenças Inflamatórias Intestinais
 - 5 Retocolite Ulcerativa Idiopática
 - 5 Doença de Crohn
 - 4 Polipose Adenomatosa Familiar
 - 4 Síndrome de Lynch I
 - 4 Transplantado
 - 5 Renal
 - 5 Hepático
 - 5 Cardíaco
 - 5 Pancreático
 - 5 Medula Óssea
 - 4 Neoplasias do trato gastrointestinal

- 4 Linfoma / Leucemia
- 4 Quimioterapia
- 4 Radioterapia Pélvico-abdominal
 - 5 Quantidade indeterminada
 - 5 Até 45 Gy
 - 5 De 45 a 55 Gy
 - 5 Maior que 55 Gy
- 4 Hepatopatia crônica / Cirrose / Hipertensão portal
- 4 Prótese valvares / endocardite
- 4 Cirurgias ginecológicas
 - 5 Via abdominal
 - 5 Via perineal
- 4 Doenças Proctológicas
 - 5 Doença hemorroidária
 - 5 Abscesso / Fístula perianal
 - 5 Condiloma Acuminado
 - 5 Prolapso retal
 - 5 Megacólon chagásico / Hirschprung
 - 5 Doença Diverticular / Diverticulite
 - 5 Trauma Anorretal
 - 5 Neoplasia Anorretal
- 4 Cirurgias Proctológicas
 - 5 Drenagem de abscesso perianal
 - 5 Fistulotomia / Fistulectomia
 - 5 Hemorroidectomia
 - 5 Esfínterectomia
 - 5 Esfínteroplastia
 - 5 Dilatação anal
 - 5 Anastomoses baixas (retais / anais)
- 3 Antecedentes Mórbidos Familiares
 - 4 Diabetes Mellitus
 - 4 Doença Hemorroidária
 - 4 Neoplasia Colometal
 - 5 Acometimento de 1 familiar de primeiro grau
 - 5 3 familiares acometidos
 - 5 Acometimento de 2 gerações consecutivas
 - 5 Familiar acometido com menos que 50 anos
 - 4 Neoplasia do trato gastrointestinal
 - 4 Outra neoplasia

1 EXAME FÍSICO E ENDOSCÓPICO PROCTOLÓGICOS

2 Inspeção Anal e Perianal

- 3 Inspeção Anal Normal
- 3 Inspeção Anal Alterada
 - 4 Sinais de prurido anal, ardência ou queimação anal.
 - 4 Desvio Lateral da Fenda Anal
 - 5 Para Direita
 - 5 Para Esquerda
 - 4 Cicatriz perianal
 - 5 Sem Localização
 - 5 Localizada(s)
 - 6 Posterior
 - 6 Anterior
 - 6 Lateral Direita
 - 6 Lateral Esquerda
 - 6 Antero-lateral Direita
 - 6 Postero-lateral Direita
 - 6 Antero-lateral Esquerda
 - 6 Postero-lateral Esquerda
- 4 Fissuras Anal
 - 5 Não descrita
 - 5 Fissura Aguda
 - 5 Fissura Crônica
 - 5 Associada a plicoma
 - 5 Associada a papila hipertrofica
 - 5 Sem Localização
 - 5 Localizada(s)
 - 6 Posterior
 - 6 Anterior
 - 6 Lateral Direita
 - 6 Lateral Esquerda
 - 6 Antero-lateral Direita
 - 6 Postero-lateral Direita
 - 6 Antero-lateral Esquerda
 - 6 Postero-lateral Esquerda
- 4 Plicoma
 - 5 Sem Localização
 - 5 Localizada(s)
 - 6 Posterior
 - 6 Anterior
 - 6 Lateral Direita
 - 6 Lateral Esquerda
 - 6 Antero-lateral Direita
 - 6 Postero-lateral Direita
 - 6 Antero-lateral Esquerda
 - 6 Postero-lateral Esquerda
- 4 Dermatopatias (dermatites perianais)
 - 5 Hidradenite supurativa perineal
 - 5 Dermatite inespecífica / não descrita
 - 5 Eritema
 - 5 Eczema
 - 5 Erupções
 - 6 micro-erosivas

- 6 pápulo-esbranquisadas
 - 6 vermelho-violácea
 - 5 Lesões escamativas
 - 5 Exulção
 - 5 Fissuras / ragádias perianais
 - 5 Espessamento da pele / acentuação de sulcos
 - 5 Maceração / escoriação
 - 5 Hiperpigmentação
 - 5 Manchas hipocrômicas
 - 5 Lesão esbranquiçada atrófica
 - 5 Placa liquenificada
 - 5 Hiperqueratinização / acantose
 - 5 Lesões vegetantes verrucosas
 - 5 Extensão para outras regiões
 - 4 Cisto pilonidal
 - 5 Abscesso (forma aguda)
 - 5 Trajetos fistulosos (forma crônica)
 - 4 Condilomas Anais
 - 5 Gigante
 - 5 Sem Localização
 - 5 Localizada(s)
 - 6 Posterior
 - 6 Anterior
 - 6 Lateral Direita
 - 6 Lateral Esquerda
 - 6 Antero-lateral Direita
 - 6 Postero-lateral Direita
 - 6 Antero-lateral Esquerda
 - 6 Postero-lateral Esquerda
 - 4 Hematoma Anal e Perianal
 - 5 Sem Localização
 - 5 Localizada(s)
 - 6 Posterior
 - 6 Anterior
 - 6 Lateral Direita
 - 6 Lateral Esquerda
 - 6 Antero-lateral Direita
 - 6 Postero-lateral Direita
 - 6 Antero-lateral Esquerda
 - 6 Postero-lateral Esquerda
 - 6 1 cm do bordo anal
 - 6 2 cm do bordo anal
 - 6 3 cm do bordo anal
 - 6 Mais que 3 cm do bordo anal
 - 4 Orifícios Fistulosos
 - 5 Não descrito
 - 5 Único
 - 5 Múltiplos
 - 5 Sem Localização
 - 5 Localizado(s)
 - 6 Posterior
 - 6 Anterior
 - 6 Lateral Direita
 - 6 Lateral Esquerda
 - 6 Antero-lateral Direita
 - 6 Postero-lateral Direita
 - 6 Antero-lateral Esquerda
 - 6 Postero-lateral Esquerda
 - 4 Infecções Dérmicas e/ou Sub-cutânea Fistulizantes ou não
 - 5 Fase de celulite
 - 5 Flutuante
 - 5 Fistulizado
 - 5 Bordo anal (abscesso perianal)
 - 5 Região do glúteo (abscesso isquiorretal)
 - 5 Sem Localização
 - 5 Localizada(s)
 - 6 Posterior
 - 6 Anterior
 - 6 Lateral Direita
 - 6 Lateral Esquerda
 - 6 Antero-lateral Direita
 - 6 Postero-lateral Direita
 - 6 Antero-lateral Esquerda
 - 6 Postero-lateral Esquerda
 - 4 Destruição Necrótica Perianal e/ou Perineal
 - 5 Sem Localização
 - 5 Localizada(s)
 - 6 Posterior
 - 6 Anterior
 - 6 Lateral Direita
 - 6 Lateral Esquerda
 - 6 Antero-lateral Direita
 - 6 Postero-lateral Direita
 - 6 Antero-lateral Esquerda
 - 6 Postero-lateral Esquerda
 - 4 Lacerações traumática perianais
 - 5 Com envolvimento esfinteriano
 - 5 Sem Localização
 - 5 Localizada(s)
 - 6 Posterior
 - 6 Anterior
 - 6 Lateral Direita
 - 6 Lateral Esquerda
 - 6 Antero-lateral Direita
 - 6 Postero-lateral Direita
 - 6 Antero-lateral Esquerda
 - 6 Postero-lateral Esquerda
 - 4 Lesões com aspecto neoplásico
 - 5 Inespecífica
 - 5 Dérmica perianal
 - 5 Lesão Subcutânea
 - 5 Carcinomatosa infiltrativa / ulcerada
 - 6 Sem Localização
 - 6 Localizada(s)
 - 7 Posterior
 - 7 Anterior
 - 7 Lateral Direita
 - 7 Lateral Esquerda
 - 7 Antero-lateral Direita
 - 7 Postero-lateral Direita
 - 7 Antero-lateral Esquerda
 - 7 Postero-lateral Esquerda
 - 5 Lesão Tumoral Prolapsada
 - 4 Mamilos Hemorroidários Externos
 - 5 Trombosados
 - 5 Sem Localização
 - 5 Localizada(s)
 - 6 Lateral Esquerda
 - 6 Antero-lateral Direita
 - 6 Postero-lateral Direita
 - 6 Anterior
 - 6 Posterior
 - 6 Lateral Direita
 - 6 Antero-lateral Esquerda
 - 6 Postero-lateral Esquerda
 - 4 Hemorroidas Internas Prolapsadas
 - 5 Trombosadas
 - 5 Ulceradas
 - 5 Necrosadas
 - 5 Sem Localização
 - 5 Localizada(s)
 - 6 Lateral Esquerda
 - 6 Antero-lateral Direita
 - 6 Postero-lateral Direita
 - 6 Anterior
 - 6 Posterior
 - 6 Lateral Direita
 - 6 Antero-lateral Esquerda
 - 6 Postero-lateral Esquerda
 - 4 Prolapso Mucoso Retal
 - 4 Pólipos Prolapsados
 - 4 Papilas Anais Hipertróficas Prolapsadas
 - 4 Presença de Secreção
 - 5 Fezes
 - 5 Sangue
 - 5 Muco
 - 5 Pus
 - 4 Biópsia anodermas / cutânea
 - 5 Excisional
 - 5 Incisional
- ## 2 Toque Retal
- 3 Toque Retal Normal
 - 3 Toque Retal Alterado
 - 4 Dor ao Toque Retal
 - 5 Inespecífica
 - 5 Dor ao Toque do Canal Anal
 - 5 Dor ao Toque parietal do Reto
 - 5 Dor ao Toque do Fundo-de-saco pélvico
 - 4 Tônus Anal
 - 5 Tônus Anal Aumentado
 - 5 Tônus Anal Diminuído
 - 4 Estenose Anal
 - 5 Pérvio a uma Polpa Digital
 - 5 Não pérvio a uma Polpa Digital
 - 5 1 grau
 - 5 2 grau
 - 5 3 grau
 - 4 Falha de continuidade no esfíncter anal
 - 5 Não localizado
 - 5 Posterior
 - 5 Anterior
 - 5 Lateral Direita
 - 5 Lateral Esquerda
 - 5 Antero-lateral Direita
 - 5 Postero-lateral Direita
 - 5 Antero-lateral Esquerda
 - 5 Postero-lateral Esquerda
 - 4 Lesão palpável no Canal Anal
 - 5 Não descrita
 - 5 Vegetante
 - 5 Sub-mucosa
 - 5 Consistência amolecida / flutuante
 - 5 Consistência fibro-elástica
 - 5 Consistência endurecida / pétrica
 - 5 Laceração do canal anal (trauma)
 - 5 Não localizada
 - 5 Posterior

	5	Anterior	7	Lateral Esquerda
	5	Lateral Direita	7	Antero-lateral Direita
	5	Lateral Esquerda	7	Pósterio-lateral Direita
	5	Antero-lateral Direita	7	Anterior
	5	Postero-lateral Direita	7	Posterior
	5	Antero-lateral Esquerda	7	Lateral Direita
	5	Postero-lateral Esquerda	7	Antero-lateral Esquerda
	5	Circunferencial	7	Postero-lateral Esquerda
	5	1 cm do bordo anal		
	5	2 cm do bordo anal		
	5	3 cm do bordo anal		
	5	4 cm do bordo anal		
4	Estenose Retal			
4	Lesão Palpável no Reto			
	5	Não descrita		
	5	Consistência amolecida / flutuante		
	5	Consistência fibro-elástica		
	5	Consistência endurecida / pétria		
	5	Não localizada		
	5	Posterior		
	5	Anterior		
	5	Lateral Direita		
	5	Lateral Esquerda		
	5	Antero-lateral Direita		
	5	Postero-lateral Direita		
	5	Antero-lateral Esquerda		
	5	Postero-lateral Esquerda		
	5	Circunferencial		
	5	5 cm do bordo anal		
	5	6 cm do bordo anal		
	5	7 cm do bordo anal		
	5	8 cm do bordo anal		
	5	Mais que 8 cm do bordo anal		
4	Fecaloma Retal			
4	Corpo Estranho no Reto			
4	Dilatação da Ampola Retal			
4	Tumorações Extrínsecas Retais			
	5	Posterior		
	5	Anterior		
	5	Lateral Direita		
	5	Lateral Esquerda		
	5	Antero-lateral Direita		
	5	Postero-lateral Direita		
	5	Antero-lateral Esquerda		
	5	Postero-lateral Esquerda		
	5	Mais que 8 cm do bordo anal		
4	Aumento do Espaço Retrometal pré-sacral			
4	Anormalidades no Fundo-de-saco peritoneal			
4	Anormalidades no Septo Vaginal			
4	Secreções no dedo da luva			
	5	Fezes		
	5	Sangue		
	5	Restos Alimentares		
	5	Muco		
	5	Pus		

2 Anuscopia

- 3 Anuscopia Normal
- 3 Anuscopia Alterada

4	Estenose Anal			
	5	Com lesão de mucosa		
	5	Sem lesão de mucosa		
4	Alteração do Calibre do Canal Anal			
	5	Calibre aumentado		
	5	Calibre diminuído		
4	Mamilo Hemorroidário			
	5	Mamilo interno		
	6	1º grau	7	Lateral Esquerda
			7	Antero-lateral Direita
			7	Pósterio-lateral Direita
			7	Anterior
			7	Posterior
			7	Lateral Direita
			7	Antero-lateral Esquerda
			7	Postero-lateral Esquerda
	6	2º grau	7	Lateral Esquerda
			7	Antero-lateral Direita
			7	Pósterio-lateral Direita
			7	Anterior
			7	Posterior
			7	Lateral Direita
			7	Antero-lateral Esquerda
			7	Postero-lateral Esquerda
	6	3º grau	7	Lateral Esquerda
			7	Antero-lateral Direita
			7	Pósterio-lateral Direita
			7	Anterior
			7	Posterior
			7	Lateral Direita
			7	Antero-lateral Esquerda
			7	Postero-lateral Esquerda
	6	4º grau	7	Lateral Esquerda
			7	Antero-lateral Direita
			7	Pósterio-lateral Direita
			7	Anterior
			7	Posterior
			7	Lateral Direita
			7	Antero-lateral Esquerda
			7	Postero-lateral Esquerda

5	Mamilo externo	6	Lateral Esquerda	7	Lateral Esquerda
		6	Antero-lateral Direita	7	Antero-lateral Direita
		6	Pósterio-lateral Direita	7	Pósterio-lateral Direita
		6	Anterior	7	Anterior
		6	Posterior	7	Posterior
		6	Lateral Direita	7	Lateral Direita
		6	Antero-lateral Esquerda	7	Antero-lateral Esquerda
		6	Postero-lateral Esquerda	7	Postero-lateral Esquerda
5	Mamilo misto	6	1º grau	7	Lateral Esquerda
				7	Antero-lateral Direita
				7	Pósterio-lateral Direita
				7	Anterior
				7	Posterior
				7	Lateral Direita
				7	Antero-lateral Esquerda
				7	Postero-lateral Esquerda
		6	2º grau	7	Lateral Esquerda
				7	Antero-lateral Direita
				7	Pósterio-lateral Direita
				7	Anterior
				7	Posterior
				7	Lateral Direita
				7	Antero-lateral Esquerda
				7	Postero-lateral Esquerda
		6	3º grau	7	Lateral Esquerda
				7	Antero-lateral Direita
				7	Pósterio-lateral Direita
				7	Anterior
				7	Posterior
				7	Lateral Direita
				7	Antero-lateral Esquerda
				7	Postero-lateral Esquerda
		6	4º grau	7	Lateral Esquerda
				7	Antero-lateral Direita
				7	Pósterio-lateral Direita
				7	Anterior
				7	Posterior
				7	Lateral Direita
				7	Antero-lateral Esquerda
				7	Postero-lateral Esquerda
4	Papilas Anais com Aumento de Volume	5	Com Aspecto Inflamatório Agudo		
		5	Com Aspecto Inflamatório Crônico		
			6	Posterior	
			6	Anterior	
			6	Lateral Direita	
			6	Lateral Esquerda	
			6	Antero-lateral Direita	
			6	Postero-lateral Direita	
			6	Antero-lateral Esquerda	
			6	Postero-lateral Esquerda	
4	Criptite anal	5	Com saída de material purulento		
		5	Erosada / fendida		
		5	Localização não descrita		
		5	Posterior		
		5	Anterior		
		5	Lateral Direita		
		5	Lateral Esquerda		
		5	Antero-lateral Direita		
		5	Postero-lateral Direita		
		5	Antero-lateral Esquerda		
		5	Postero-lateral Esquerda		
4	Tumorações Anais	5	Envolvendo a linha pectínea		
		5	Acima da linha pectínea		
		5	Com Participação da Mucosa		
		5	Sem Comprometimento da Mucosa		
		5	Menor que 2 cm		
		5	de 2 a 4 cm		
		5	Maior que 4 cm		
		5	Comprometimento esfinteriano		
		5	Localização não descrita		
		5	Posterior		
		5	Anterior		
		5	Lateral Direita		
		5	Lateral Esquerda		
		5	Antero-lateral Direita		
		5	Postero-lateral Direita		
		5	Antero-lateral Esquerda		

- 5 Postero-lateral Esquerda
 - 4 Aumento do Calibre Retal
 - 4 Estenose Retal
 - 5 Com lesão de mucosa
 - 5 Sem lesão de mucosa
 - 4 Alteração da Mucosa Retal
 - 5 Mucosa com aspecto de Doença Inflamatória
 - 6 Lesões não especificadas
 - 6 Lesões Contínuas
 - 6 Lesões Descontínuas
 - 6 Lesões Superficiais sobre mucosa friável
 - 6 Lesões mais profundas (úlceras e fissuras)
 - 6 Maior intensidade distal
 - 6 Maior intensidade proximal
 - 5 Pólipos retal
 - 6 Único
 - 6 Múltiplos
 - 6 Polipose
 - 6 Pediculado
 - 6 Sésil
 - 6 Menor que 0,5 cm
 - 6 de 0,6 a 1 cm
 - 6 de 1,1 a 3 cm
 - 6 De 3,1 a 5 cm
 - 6 Maior que 5 cm
 - 6 Não localizado/ não descrito
 - 6 3 cm do bordo anal
 - 6 4 cm do bordo anal
 - 6 5 cm do bordo anal
 - 6 6 cm do bordo anal
 - 6 7 cm do bordo anal
 - 6 8 cm do bordo anal
 - 6 9 cm do bordo anal
 - 6 10 cm do bordo anal
 - 6 11 cm do bordo anal
 - 6 12 cm do bordo anal
 - 6 13 cm do bordo anal
 - 6 14 cm do bordo anal
 - 6 15 cm do bordo anal
 - 5 Lesão de mucosa com aspecto de Neoplasia
 - 6 Tamanho não descrito
 - 6 Menor que 3 cm
 - 6 de 3 a 5 cm
 - 6 de 5 a 8 cm
 - 6 Maior que 8 cm
 - 6 Localização não especificada
 - 6 3 cm do bordo anal
 - 6 4 cm do bordo anal
 - 6 5 cm do bordo anal
 - 6 6 cm do bordo anal
 - 6 7 cm do bordo anal
 - 6 8 cm do bordo anal
 - 6 9 cm do bordo anal
 - 6 10 cm do bordo anal
 - 6 11 cm do bordo anal
 - 6 12 cm do bordo anal
 - 6 13 cm do bordo anal
 - 6 14 cm do bordo anal
 - 6 15 cm do bordo anal
 - 6 Circunferencial
 - 6 Posterior
 - 6 Anterior
 - 6 Lateral Direita
 - 6 Lateral Esquerda
 - 6 Antero-lateral Direita
 - 6 Postero-lateral Direita
 - 6 Antero-lateral Esquerda
 - 6 Postero-lateral Esquerda
 - 5 Úlcera retal solitária
 - 6 Localização não especificada
 - 6 Mucosa retal anterior
 - 6 Mucosa retal posterior
 - 6 Circunferencial
 - 4 Invaginação
 - 5 Inespecífica
 - 5 Mucosa
 - 6 Circunferencial
 - 6 Anterior
 - 5 Mural ou Total
 - 6 Circunferencial
 - 6 Anterior
 - 4 Fecaloma retal
 - 4 Corpo Estranho no reto
 - 4 Laceração da parede retal
 - 5 Baixa
 - 5 Alta
 - 4 Compressão Extrínseca Retal
 - 5 Localização não especificada
 - 5 Circunferencial
 - 5 Posterior
 - 5 Anterior
 - 5 Lateral Direita
 - 5 Lateral Esquerda
 - 5 Antero-lateral Direita
 - 5 Postero-lateral Direita
 - 5 Antero-lateral Esquerda
 - 5 Postero-lateral Esquerda
 - 4 Dor importante ao Exame
 - 4 Secreções Anômalas
 - 5 Fezes
 - 5 Sangue
 - 5 Muco
 - 5 Pus
 - 5 Restos Alimentares
 - 3 Biópsia na anuscopia
 - 4 Mucosa
 - 4 Tumores
 - 3 Colheita de Materiais
 - 4 Secreções de mucosa e/ou de úlceras anais e retais
 - 4 Raspado de mucosa e/ou ulcerações retais
 - 3 Anuscopia terapêutica
 - 4 Polipectomia
 - 4 Remoção de Corpo Estranho
 - 4 Remoção de Fecaloma
 - 4 Auxiliar em Cirurgias Anais
 - 4 Passagem de endoprótese
- ## 2 Retossigmoidoscopia
- 3 Retossigmoidoscopia Normal
 - 3 Retossigmoidoscopia Alterada
 - 4 Aumento do Calibre Retal
 - 4 Aumento do Calibre do Sigmóide
 - 4 Estenose Retal
 - 5 Com lesão de mucosa
 - 5 Sem lesão de mucosa
 - 4 Estenose em Sigmóide
 - 5 Com lesão de mucosa
 - 5 Sem lesão de mucosa
 - 4 Pólipos
 - 5 Reto
 - 6 Único
 - 6 Múltiplos
 - 6 Polipose
 - 6 Pediculado
 - 6 Sésil
 - 6 Menor 0,5 cm
 - 6 de 0,6 a 1 cm
 - 6 de 1,1 a 3 cm
 - 6 de 3,1 a 5 cm
 - 6 Maior que 5 cm
 - 6 Não localizado/ não descrito
 - 6 3 cm do bordo anal
 - 6 4 cm do bordo anal
 - 6 5 cm do bordo anal
 - 6 6 cm do bordo anal
 - 6 7 cm do bordo anal
 - 6 8 cm do bordo anal
 - 6 9 cm do bordo anal
 - 6 10 cm do bordo anal
 - 6 11 cm do bordo anal
 - 6 12 cm do bordo anal
 - 6 13 cm do bordo anal
 - 6 14 cm do bordo anal
 - 6 15 cm do bordo anal
 - 5 Sigmóide
 - 6 Único
 - 6 Múltiplos
 - 6 Polipose
 - 6 Pediculado
 - 6 Sésil
 - 6 Menor 0,5 cm
 - 6 de 0,6 a 1 cm
 - 6 de 1,1 a 3 cm
 - 6 de 3,1 a 5 cm
 - 6 Maior que 5 cm
 - 6 Não localizado/ não descrito
 - 6 16 cm do bordo anal
 - 6 17 cm do bordo anal
 - 6 18 cm do bordo anal
 - 6 19 cm do bordo anal
 - 6 20 cm do bordo anal
 - 6 21 cm do bordo anal
 - 6 22 cm do bordo anal
 - 6 23 cm do bordo anal
 - 6 24 cm do bordo anal
 - 6 25 cm do bordo anal
 - 6 > 25 cm do bordo anal
- 4 Alteração da Mucosa Retal
 - 5 Mucosa com aspecto de Doença Inflamatória Retal
 - 6 Lesões não especificadas
 - 6 Lesões Contínuas
 - 6 Lesões Descontínuas
 - 6 Lesões Superficiais sobre mucosa friável
 - 6 Lesões mais profundas (úlceras e fissuras)
 - 6 Maior intensidade distal
 - 6 Maior intensidade proximal
 - 5 Lesão de mucosa com aspecto de Neoplasia

- 6 Menor que 3 cm
 - 6 de 3 a 5 cm
 - 6 de 5 a 8 cm
 - 6 Maior que 8 cm
 - 6 Localização não especificada
 - 6 3 cm do bordo anal
 - 6 4 cm do bordo anal
 - 6 5 cm do bordo anal
 - 6 6 cm do bordo anal
 - 6 7 cm do bordo anal
 - 6 8 cm do bordo anal
 - 6 9 cm do bordo anal
 - 6 10 cm do bordo anal
 - 6 11 cm do bordo anal
 - 6 12 cm do bordo anal
 - 6 13 cm do bordo anal
 - 6 14 cm do bordo anal
 - 6 15 cm do bordo anal
 - 6 Circunferencial
 - 6 Posterior
 - 6 Anterior
 - 6 Lateral Direita
 - 6 Lateral Esquerda
 - 6 Antero-lateral Direita
 - 6 Postero-lateral Direita
 - 6 Antero-lateral Esquerda
 - 6 Postero-lateral Esquerda
 - 5 Úlcera retal solitária
 - 6 Localização não especificada
 - 6 Mucosa retal anterior
 - 6 Mucosa retal posterior
 - 6 Circunferencial
 - 4 Alteração da Mucosa de Sigmóide
 - 5 Mucosa com aspecto de Doença Inflamatória
 - 6 Lesões não especificadas
 - 6 Lesões Contínuas
 - 6 Lesões Descontínuas
 - 6 Lesões Superficiais sobre mucosa friável
 - 6 Lesões mais profundas (úlceras e fissuras)
 - 6 Maior intensidade distal
 - 6 Maior intensidade proximal
 - 5 Lesão de mucosa com aspecto de Neoplasia
 - 6 Tamanho não descrito
 - 6 Menor que 3 cm
 - 6 de 3 a 5 cm
 - 6 de 5 a 8 cm
 - 6 Maior que 8 cm
 - 6 Localização não especificada
 - 6 16 cm do bordo anal
 - 6 17 cm do bordo anal
 - 6 18 cm do bordo anal
 - 6 19 cm do bordo anal
 - 6 20 cm do bordo anal
 - 6 21 cm do bordo anal
 - 6 22 cm do bordo anal
 - 6 23 cm do bordo anal
 - 6 24 cm do bordo anal
 - 6 25 cm do bordo anal
 - 6 > 25 cm do bordo anal
 - 4 Orifício Fistuloso
 - 5 Reto
 - 6 Localização não especificada
 - 6 3 cm do bordo anal
 - 6 4 cm do bordo anal
 - 6 5 cm do bordo anal
 - 6 6 cm do bordo anal
 - 6 7 cm do bordo anal
 - 6 8 cm do bordo anal
 - 6 9 cm do bordo anal
 - 6 10 cm do bordo anal
 - 6 11 cm do bordo anal
 - 6 12 cm do bordo anal
 - 6 13 cm do bordo anal
 - 6 14 cm do bordo anal
 - 6 15 cm do bordo anal
 - 6 Posterior
 - 6 Anterior
 - 6 Lateral Direita
 - 6 Lateral Esquerda
 - 6 Antero-lateral Direita
 - 6 Postero-lateral Direita
 - 6 Antero-lateral Esquerda
 - 6 Postero-lateral Esquerda
 - 5 Sigmóide
 - 6 Localização não especificada
 - 6 16 cm do bordo anal
 - 6 17 cm do bordo anal
 - 6 18 cm do bordo anal
 - 6 19 cm do bordo anal
 - 6 20 cm do bordo anal
 - 6 21 cm do bordo anal
 - 6 22 cm do bordo anal
 - 6 23 cm do bordo anal
 - 6 24 cm do bordo anal
 - 6 25 cm do bordo anal
 - 6 > 25 cm do bordo anal
 - 4 Divertículos em Sigmóide
 - 4 Invaginação
 - 4 Fecaloma
 - 4 Corpo Estranho
 - 5 Reto
 - 5 Sigmóide
 - 4 Laceração da parede (trauma)
 - 5 Reto
 - 5 Sigmóide
 - 4 Compressão Extrínseca Retal
 - 5 Anterior
 - 5 Posterior
 - 5 Lateral direita
 - 5 Lateral esquerda
 - 4 Compressão Extrínseca em Sigmóide
 - 5 Localização não especificada
 - 5 16 cm do bordo anal
 - 5 17 cm do bordo anal
 - 5 18 cm do bordo anal
 - 5 19 cm do bordo anal
 - 5 20 cm do bordo anal
 - 5 21 cm do bordo anal
 - 5 22 cm do bordo anal
 - 5 23 cm do bordo anal
 - 5 24 cm do bordo anal
 - 5 25 cm do bordo anal
 - 5 > 25 cm do bordo anal
 - 4 Secreções Anômalas
 - 5 Fezes
 - 5 Sangue
 - 5 Muco
 - 5 Pus
 - 5 Restos Alimentares
 - 4 Dor importante ao Exame
 - 3 Retossigmoidectomia Inconclusiva
 - 4 Preparo Inadequado
 - 5 Preparo não descrito
 - 5 Dieta de baixo resíduo 48 horas antes do exame
 - 5 Dieta líquida abundante no dia do exame
 - 5 Hidratação
 - 5 Laxativos
 - 6 Não descrito
 - 6 Ácido ricinoléico
 - 6 Fenolftaleínas
 - 6 Bisacodil
 - 6 Picossulfato de Sódio
 - 6 Sena
 - 6 Ruibarbo
 - 6 Cáscara Sagrada
 - 6 Aloé
 - 6 Frângula
 - 6 Sulfato de Magnésio
 - 6 Sulfato de Sódio
 - 6 Citrato de Magnésio
 - 6 Hidróxido de Magnésio
 - 4 Dificuldades técnicas
 - 3 Biópsia na retossigmoidoscopia
 - 4 Mucosa
 - 4 Tumores
 - 3 Colheita de Materiais
 - 4 Secreções da mucosa e/ou de úlceras
 - 4 Raspado de mucosa e/ou de ulcerações
 - 3 Retossigmoidectomia Terapêutica
 - 4 Polipectomia
 - 4 Desfazer Volvo de Sigmóide
 - 4 Remoção de Corpo Estranho
 - 4 Remoção de Fecaloma
 - 4 Auxiliar em Cirurgias Anais
 - 4 Passagem de endoprótese
 - 3 Complicação
 - 4 Perfuração
 - 4 Sangramento
 - 4 Bacteremia
- ## 2 Colonoscopia
- 3 Colonoscopia Normal
 - 3 Colonoscopia Alterada
 - 4 Alteração de Calibre e/ou Comprimento
 - 4 Pólipos
 - 5 Único
 - 5 Múltiplos
 - 5 Polipose
 - 5 Pediculado
 - 5 Sésil
 - 5 Menor 0,5 cm
 - 5 de 0,5 a 1 cm
 - 5 de 1,1 a 3 cm
 - 5 de 3,1 a 5 cm
 - 5 Maior que 5 cm
 - 5 Não localizado/ não descrito

- 5 Reto
 - 6 Não localizado/ não descrito
 - 6 3 cm do bordo anal
 - 6 4 cm do bordo anal
 - 6 5 cm do bordo anal
 - 6 6 cm do bordo anal
 - 6 7 cm do bordo anal
 - 6 8 cm do bordo anal
 - 6 9 cm do bordo anal
 - 6 10 cm do bordo anal
 - 6 11 cm do bordo anal
 - 6 12 cm do bordo anal
 - 6 13 cm do bordo anal
 - 6 14 cm do bordo anal
 - 6 15 cm do bordo anal
 - 5 Sigmóide
 - 6 Não localizado/ não descrito
 - 6 16 cm do bordo anal
 - 6 17 cm do bordo anal
 - 6 18 cm do bordo anal
 - 6 19 cm do bordo anal
 - 6 20 cm do bordo anal
 - 6 21 cm do bordo anal
 - 6 22 cm do bordo anal
 - 6 23 cm do bordo anal
 - 6 24 cm do bordo anal
 - 6 25 cm do bordo anal
 - 6 > 25 cm do bordo anal
 - 5 Colon Ascendente
 - 5 Ângulo Esplênico
 - 5 Colon Transverso
 - 5 Ângulo Hepático
 - 5 Colon Descendente
 - 5 Ceco
 - 4 Lesões de mucosa com padrão de Doença Inflamatória
 - 5 Não localizado / não descrita
 - 5 Reto
 - 5 Sigmóide
 - 5 Colon Ascendente
 - 5 Ângulo Esplênico
 - 5 Colon Transverso
 - 5 Ângulo Hepático
 - 5 Colon Descendente
 - 5 Ceco
 - 5 Lesões Contínuas
 - 5 Lesões Descontínuas
 - 5 Lesões Superficiais sobre mucosa friável
 - 5 Lesões mais profundas (úlceras e fissuras)
 - 5 Maior intensidade distal
 - 5 Maior intensidade proximal
 - 5 Comprometimento de íleo
 - 4 Lesão de mucosa com aspecto de Neoplasia
 - 5 Tamanho não descrito
 - 5 Menor que 3 cm
 - 5 de 3 a 5 cm
 - 5 de 5 a 8 cm
 - 5 Maior que 8 cm
 - 5 Localização não especificada
 - 5 3 cm do bordo anal
 - 5 4 cm do bordo anal
 - 5 5 cm do bordo anal
 - 5 6 cm do bordo anal
 - 5 7 cm do bordo anal
 - 5 8 cm do bordo anal
 - 5 9 cm do bordo anal
 - 5 10 cm do bordo anal
 - 5 11 cm do bordo anal
 - 5 12 cm do bordo anal
 - 5 13 cm do bordo anal
 - 5 14 cm do bordo anal
 - 5 15 cm do bordo anal
 - 5 16 cm do bordo anal
 - 5 17 cm do bordo anal
 - 5 18 cm do bordo anal
 - 5 19 cm do bordo anal
 - 5 20 cm do bordo anal
 - 5 21 cm do bordo anal
 - 5 22 cm do bordo anal
 - 5 23 cm do bordo anal
 - 5 24 cm do bordo anal
 - 5 25 cm do bordo anal
 - 5 Colon Ascendente
 - 5 Ângulo Esplênico
 - 5 Colon Transverso
 - 5 Ângulo Hepático
 - 5 Colon Descendente
 - 5 Ceco
 - 4 Divertículos
 - 5 Sigmóide
 - 5 Colon Ascendente
 - 5 Colon Transverso
 - 5 Colon Descendente
 - 5 Ceco
 - 4 Invaginação
 - 4 Corpo Estranho
 - 4 Fecaloma
 - 4 Compressão Extrínseca
 - 4 Tumorações
 - 4 Secreções Anômalas
 - 5 Fezes
 - 5 Sangue
 - 5 Muco
 - 5 Pus
 - 5 Restos Alimentares
 - 4 Dor importante ao Exame
 - 3 Colonoscopia Inconclusiva
 - 4 Preparo Inadequado
 - 5 Preparo não descrito
 - 5 Manitol
 - 5 Polietileno glicol (PEG)
 - 5 Bisacodil (Ducolax)
 - 5 Enterocisma
 - 4 Dificuldades técnicas
 - 5 Não Especificada
 - 5 Problemas no Aparelho
 - 5 Sedação Inadequada
 - 6 Não descrita
 - 6 Diazepam
 - 6 Midazolam
 - 6 Meperidina
 - 6 Pentobarbital
 - 6 Fentanil
 - 3 Biópsia na colonoscopia
 - 4 Mucosa
 - 4 Tumores / lesões
 - 3 Colheita de Materiais
 - 4 Secreções da mucosa e/ou de úlceras
 - 4 Raspado de mucosa e/ou de ulcerações
 - 3 Colonoscopia terapêutica
 - 4 Polipectomia
 - 4 Desfazer Volvo de Sigmóide
 - 4 Descompressão na Pseudo-obstrução (Sind. de Ogilvie)
 - 4 Remoção de Corpo Estranho
 - 4 Remoção de Fecaloma
 - 4 Dilatação de Estenose
 - 4 Hemostasia
 - 4 Laserterapia
 - 4 Auxiliar em Cirurgias Anais
 - 4 Passagem de endoprótese
 - 3 Complicação na Colonoscopia
 - 4 Perfuração
 - 4 Sangramento
 - 4 Abscesso Retroperitoneal
 - 4 Enfisema Retroperitoneal e Mediastinal
 - 4 Pneumotórax
 - 4 Pneumoescreto
 - 4 Explosão
 - 4 Distensão Pós-colonoscopia
 - 4 Síndrome da Coagulação Pós-polipectomia
 - 4 Obstrução Colônica
 - 4 Perda de Pólipo (durante o exame)
 - 4 Volvo
 - 4 Bacteremia
 - 4 Infecções
 - 4 Complicações Clínicas (pulmonares, cardíacas, renais...)
- ## 1 EXAMES LABORATORIAIS E ESPECIAIS EM PROCOTLOGIA
- ### 2 Hemograma e Bioquímica
- 3 Hemograma Normal
 - 3 Hemograma Alterado
 - 4 Anemia
 - 5 Inespecífica
 - 5 Normocítica
 - 5 Microcítica
 - 5 Megaloblástica
 - 5 Normocrômica
 - 5 Hipocrômica
 - 4 Alteração Leucocitária
 - 5 Leucocitose com neutrofilia
 - 5 Leucopenia
 - 4 Alteração Plaquetária
 - 5 Plaquetopenia
 - 5 Aumento Plaquetário
 - 3 Bioquímica Normal
 - 3 Bioquímica Alterada
 - 4 Distúrbio hidroeletrólítico inespecífico
 - 4 Hipernatremia
 - 4 Hiponatremia
 - 4 Hipercalemia
 - 4 Hipocalemia
 - 4 Hiperglicemia
 - 4 Hipoglicemia
 - 4 Acidose respiratória
 - 4 Acidose metabólica
 - 4 Creatinina elevada
 - 5 de 1,5 a 2,0 mg/dl
 - 5 Maior que 2,0 mg/dl

- 4 Albumina
 - 5 Entre 3,0 e 3,5 mg/dl
 - 5 Menor que 3,0 mg/dl
- 4 VHS elevado

2 Provas de Função Hepática

- 3 Provas de Função Normais
- 3 Provas de Função Hepática Alteradas
 - 4 Aminotransferases Elevadas
 - 4 Fosfatase Alcalina / gama-GT elevadas
 - 4 Bilirrubinas Elevadas
 - 5 Predomínio de Bilirrubina Direta
 - 5 Predomínio de Bilirrubina Indireta
 - 5 Inespecífica
- 4 Coagulação Alterada (Tempo de Ativação da Protrombina)

2 Marcadores Tumorais

- 3 CEA - Antígeno Carcinoembrionário
 - 4 Normal
 - 4 Elevado

- 3 alfa-fetoproteína
 - 4 Normal
 - 4 Elevada
- 3 SCC - Carcinoma de Células Escamosas
 - 4 Normal
 - 4 Elevado
- 3 POA - Antígeno Pancreático Oncofetal
 - 4 Normal
 - 4 Elevado
- 3 TPA - Antígeno polipeptídico tissular
 - 4 Normal
 - 4 Elevado
- 3 CYFRA - Fragmento de citoqueratina
 - 4 Normal
 - 4 Elevado
- 3 CA 19-9
 - 4 Normal
 - 4 Elevado
- 3 CA 50
 - 4 Normal
 - 4 Elevado
- 3 CA 242
 - 4 Normal
 - 4 Elevado
- 3 Ca 72-4
 - 4 Normal
 - 4 Elevado

2 Exame de Fezes

- 3 Sangue Oculto nas Fezes
 - 4 Negativo
 - 4 Positivo
 - 5 Inespecífico
 - 5 Globina
 - 5 Heme
 - 5 PDH
- 3 Ensaio com Hemiporfirina
 - 4 Negativo
 - 4 Positivo
- 3 Proctoparasitológico de Fezes
 - 4 Negativo
 - 5 Em 1 amostra
 - 5 Em 2 amostras
 - 5 Em 3 ou mais amostras
- 4 Positivo
 - 5 *Entamoeba histolytica* (Amebíase)
 - 5 *Giardia lamblia* (Giardíase)
 - 5 *Balantidium coli* (Balantidíase)
 - 5 *Isospora belli* (Isosporíase)
 - 5 *Enterocytozoon bienersi* (Microsporidíase)
 - 5 *Septata intestinalis* (Microsporidíase)
 - 5 *Cryptosporidium parvum* (Cryptosporidíase)
 - 5 *Ascaris lumbricoides* (Ascariíase)
 - 5 *Tricuris trichiura* (Tricuríase)
 - 5 *Enterobius vermicularis* (Enterobíase)
 - 5 *Ancylostoma duodenale* (Ancilostomíase)
 - 5 *Necator americanus* (Ancilostomíase)
 - 5 *Schistosoma mansoni* (Esquistossomose)
 - 5 *Taenia saginata* (Teníase)
 - 5 *Taenia solium* (Teníase)
 - 5 *Hymenolepis nana* (Himenolepíase)
 - 5 *Cyclospora cayentanensis*
- 4 Método do exame parazitológico
 - 5 não descrito
 - 5 Método de Faust *et al.* (Coloração pelo Lugol)
 - 5 Método com Fixador de Schaudinn (HI: férrica)
 - 5 Método de Lutz (Hoffman-Ponz-Janer)
 - 5 Método de Willis
 - 5 Método de Baermann-Moraes
 - 5 Método da Fita adesiva (Graham)
 - 5 Método de Kato-Katz *et al.*
 - 5 Método de Stoll-Hausheer
 - 5 Método de Tamisação das fezes

- 3 Leucócitos Fecais

- 4 Negativo
- 4 Positivo
- 3 Toxina A
 - 4 Negativo
 - 4 Positivo
- 3 Proteína Fecal
 - 4 Negativo
 - 4 Positivo
- 3 Gordura Fecal
 - 4 Negativo
 - 4 Positivo
- 3 alfa 1 anti-tripsina fecal
 - 4 Normal
 - 4 Aumentada
- 3 Cultura Fecal (Coprocultura)
 - 4 Cultura Negativa
 - 4 Cultura Positiva (resultado na pasta Microbiologia em Proctologia)

2 Microbiologia em Proctologia

- 3 Hemocultura
 - 4 Hemocultura Negativa
 - 4 Hemocultura Positiva
- 3 Bacterioscopia em Abscessos e Fístulas Anorretais Bacterianos
 - 4 Negativa
 - 4 Cocos Gram-positivos
 - 4 Bacilos Gram-negativos
 - 4 Bacilos Gram-positivos
 - 4 Cocos Gram-negativos
 - 4 BAAR (Método de Ziehl-Neelsen)
- 3 Cultura em Abscessos, Fístulas ou Lesões Anorretais Bacterianos
 - 4 Cultura Negativa
 - 4 Cultura Positiva
- 3 Cultura Fecal (Coprocultura)
 - 4 Cultura Negativa
 - 4 Cultura Positiva
- 3 Resultado do meio de cultura:
 - 4 Germe não identificado
 - 4 Germe isolado
 - 5 Bactérias Gram-positivas
 - 6 Indeterminado
 - 6 *Staphylococcus*
 - 7 *S. aureus*
 - 8 não-MRSA
 - 8 MRSA
 - 7 *S. epidermidis*
 - 7 *S. saprophyticus*
 - 6 *Streptococcus*
 - 7 *S. pyogenes*
 - 7 *S. viridans*
 - 7 *S. agalactiae*
 - 7 *S. equisimilis*
 - 7 *S. equi*
 - 7 *S. zooepidemicus*
 - 7 *S. anginosus*
 - 7 outros
 - 6 Enterococos (*S. fecalis* / *S. faecim*)
 - 5 Bactérias Gram-negativas
 - 6 Indeterminada
 - 6 *Escherichia coli*
 - 6 *Shigella* sp.
 - 7 *S. dysenteriae*
 - 7 *S. flexneri*
 - 7 *S. boydii*
 - 7 *S. sonnei*
 - 6 *Edwardsiella tarda*
 - 6 *Salmonella* sp.
 - 7 *S. cholerae-suis*
 - 7 *S. typhi*
 - 7 *S. enteritidis*
 - 6 *Arizona hinshawii*
 - 6 *Citrobacter* sp.
 - 7 *C. freundii*
 - 7 *C. diversus*
 - 7 *C. amalonaticus*
 - 6 *Klebsiella* sp.
 - 7 *K. pneumoniae*
 - 7 *K. oxytoca*
 - 7 *K. ozaenae*
 - 7 *K. rhinoscleromatis*
 - 6 *Enterobacter* sp.
 - 7 *E. cloacae*
 - 7 *E. aerogenes*
 - 7 *E. agglomerans*
 - 7 *E. sakazakii*
 - 7 *E. geroviae*
 - 6 *Hafnia alvei*
 - 6 *Serratia* sp.
 - 7 *S. marcescens*
 - 7 *S. liquefaciens*
 - 7 *S. rubidaea*
 - 7 *S. plymuthica*
 - 7 *S. fonticola*
 - 6 *Proteus* sp.
 - 7 *P. vulgaris*

- 7 *P. mirabilis*
6 *Providencia* sp.
7 *P. stuartii*
7 *P. alcalifaciens*
7 *P. rettgeri*
6 *Morganella morganii*
6 *Yersinia* sp.
7 *Y. enterocolitica*
7 *Y. pseudotuberculosis*
7 *Y. pestis*
7 *Y. intermedia*
7 *Y. frederiksenii*
7 *Y. ruckeri*
6 *Pseudomonas* sp.
7 *P. aeruginosa*
7 *P. maltophilia*
7 *P. fluorescens*
7 *P. putida*
7 *P. cepacia*
7 Outras.
6 *Alcaligenes* sp.
7 *A. fecalis*
7 *A. odorans*
7 *A. denitrificans*
6 *Aeromonas hydrophila*
6 *Plesiomonas shigelloides*
6 *Acinetobacter* sp.
7 *A. calcoaceticus*
7 *A. baumannii*
7 outras
6 *Moraxella* sp.
7 *M. lacunata*
7 *M. atlanteaflab*
7 outras
6 *Flavobacterium* sp.
7 *F. meningosepticum*
7 *F. odoratum*
6 *Eikenella corrodens*
6 *Vibrio* sp.
7 *V. cholerae*
7 *V. parahaemolyticus*
7 *V. vulnificus*
7 *V. alginolyticus*
- 5 Bactéria Anaeróbias
6 *Bacterioides* sp.
7 *B. fragilis*
7 *B. thetaiotaomicron*
7 *B. ovatus*
7 *B. vulgatus*
7 *B. distasonis*
7 *B. melaninogenicus*
7 outros
6 *Fusobacterium* sp.
7 *F. necrophorum*
7 *F. nucleatum*
7 *F. mortiferum*
6 *Leptotrichia buccaris*
6 *Peptostreptococcus* sp.
6 *Peptococcus* sp.
6 *Veillonella* sp.
6 *Clostridium* sp.
7 *C. perfringens*
7 *C. ramosum*
7 *C. novyi*
7 *C. septicum*
7 *C. bifermentans*
7 *C. histolyticum*
7 *C. sordelli*
7 *C. sporogenes*
7 *C. tetani*
7 *C. botulinum*
7 *C. difficile*
6 *Bifidobacterium eriksonii*
6 *Propionibacterium acnes*
6 *Eubacterium* sp.
6 *Lactobacillus* sp.
7 *A. israelii*
7 *A. naeslundii*
7 *A. viscosus*
7 outros
6 *Arachnia* sp.
6 *Actinomyces israelii*
- 5 BAAR
6 *Mycobacterium tuberculosis*
6 *Mycobacterium bovis*
- 5 Fungos
6 *Candida* sp.
6 *Trichophyton* sp.
6 *Epidermophyton* sp.
6 *Paracoccidioides brasiliensis*
6 *Histoplasma capsulatum*
- 5 Protozoários
6 *Entamoeba histolytica*
6 *Giardia lamblia*
- 6 *Balantidium coli*
6 *Isospora belli*
6 *Enterocytozoon bieunensi*
6 *Septata intestinalis*
6 *Cryptosporidium parvum*
- 3 Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) Anorretais
4 *Neisseria gonorrhoeae* (Proctite Gonocócica)
5 Método não descrito
5 Método de Gram
5 Cultura de secreção anorretal
5 Imunofluorescência direta ou indireta
5 ELISA
5 Sonda de DNA
4 *Treponema pallidum* (Sífilis)
5 Método não descrito
5 Microscopia de Campo Escuro
5 Coloração pelo Método de Fontana Tridondeau
5 VDRL
5 RPR (Reagina Plasmática Rápida)
5 Reação de Fixação de Complemento de Kolmer
5 ITO (Imobilização do *T. pallidum*)
5 FTA-abs
5 ELISA
4 *Haemophilus ducreyi* (Cancróide ou Cancro Mole)
5 Método não descrito
5 Método de Gram
5 Cultura de secreção da lesão
5 Intradermoreação de Ito
5 Reação de Fixação de Complemento
5 Reação de Aglutinação
5 Imunofluorescência
5 ELISA
4 *Chlamydia trachomatis* (Linfogranuloma Venéreo)
5 Método não descrito
5 Reação de Frici
5 Reação de Fixação de Complemento
5 Imunofluorescência
5 Cultura em tecidos embrionários
4 *Calymmatobacterium granulomatis* (Donovanose)
5 Método não descrito
5 Método de May-Giemsa ou Wright (esfregaço)
5 Cultura em Saco vitelínico de galinha ou gema fresca
5 Reação de Fixação do Complemento
5 Imunofluorescência indireta
- 3 Tuberculose Anorretal
4 *Mycobacterium tuberculosis*
5 Método não descrito
5 Método de esfregaço de Ziehl-Neelsen
5 Método de esfregaço pela coloração fluorocrômica
5 Cultura de material de lesão
5 Biópsia de Exame Anatomopatológico
5 Teste Cutâneo de Mantoux
5 Reação de Fixação de Complemento
5 Inoculação em animais
5 ELISA
5 Imunofluorescência direta e indireta
5 Sonda de DNA
4 *Mycobacterium bovis*
5 Método não descrito
5 Método de esfregaço de Ziehl-Neelsen
5 Método de esfregaço pela coloração fluorocrômica
5 Cultura de material de lesão
5 Biópsia de Exame Anatomopatológico
5 Teste Cutâneo de Mantoux
5 Reação de Fixação de Complemento
5 Inoculação em animais
5 ELISA
5 Imunofluorescência direta e indireta
5 Sonda de DNA
- 3 Infecções Virais Anorretais
4 HPV (*Human papillomavirus*)
5 Método não descrito
5 Exame citopatológico imunoquímico
5 Exame histocitológico imunoquímico
5 ELISA
5 Sonda de DNA
5 Tipo Sorológico determinado
6 HPV6
6 HPV11
6 HPV18
6 HPV30
6 HPV31
6 HPV34
6 HPV35
6 HPV39
6 HPV42
6 HPV43
6 HPV44
6 HPV45
6 HPV48
6 HPV51
6 HPV54
6 HPV55
6 outros

- 4 VHS (*Virus herpes simplex*)
 - 5 Método não determinado
 - 5 Microscopia Eletrônica
 - 5 Cultura em tecidos específicos
 - 5 Imunofluorescência
 - 5 ELISA
 - 5 Exame citológico com coloração de *Papanicolaou*
 - 5 Exame anatomopatológico em tecido corado pela H-E
 - 5 Tipo sorológico determinado
 - 6 VHS-2
 - 6 VHS-1

3 Doenças Fúngicas Anorretais

4 *Candida* sp.

- 5 Método não descrito
- 5 Exame direto de esfregaço da lesão
- 5 Exame Anatomopatológico por biópsia
- 5 Cultura de material da lesão
- 5 ELISA

4 *Trichophyton* sp.

- 5 Método não descrito
- 5 Exame direto de esfregaço da lesão
- 5 Exame Anatomopatológico por biópsia
- 5 Cultura de material da lesão
- 5 ELISA

4 *Epidermophyton* sp.

- 5 Método não descrito
- 5 Exame direto de esfregaço da lesão
- 5 Exame Anatomopatológico por biópsia
- 5 Cultura de material da lesão
- 5 ELISA

4 *Paracoccidioides brasiliensis*

- 5 Método não descrito
- 5 Exame direto de esfregaço da lesão
- 5 Exame Anatomopatológico por biópsia
- 5 Cultura de material da lesão
- 5 ELISA

4 Outros fungos

2 Doenças parasitárias anorretais

3 Doenças Parasitárias Anorretais e Perineal

4 Amebíase

- 5 Método não descrito
- 5 Proctoparasitológico de fezes
- 5 Cultura para *E. histolytica*
- 5 Exame Anatomopatológico de biópsia de lesão
- 5 Reação de Hemaglutinação
- 5 Reação de Imunofluorescência
- 5 Sonda de DNA

4 Balantidiose

- 5 Método não descrito
- 5 Proctoparasitológico de fezes
- 5 Cultura para *B. coli*
- 5 Exame Anatomopatológico de biópsia de lesão

4 Doença de Chagas

- 5 Método não descrito
- 5 Xenodiagnóstico
- 5 Exames anatomopatológicos apartir de biópsias
- 5 Reação de Fixação de Complemento
- 5 Reação de Hemaglutinação
- 5 Reação de Aglutinação do látex
- 5 Reação de Imunofluorescência
- 5 ELISA
- 5 Sonda de DNA
- 5 Exame a fresco de sangue
- 5 Exame da gota espessa de sangue (May-Grunwald-Giemsa)
- 5 Exame de esfregaço corado pelo May-Grunwald-Giemsa
- 5 Pesquisa do parasita no líquor
- 5 Pesquisa do parasita no leite materno
- 5 Cultura para o *Trypanosoma* cruzi
- 5 Métodos Imunológicos para pesquisa de IgM

4 Esquistossomose

- 5 Método não descrito
- 5 Proctoparasitológico de fezes
- 5 Biópsia Retal com ovograma
- 5 Biópsia de outros órgãos acometidos
- 5 Reação de Fixação de Complemento
- 5 Reação de Imunofluorescência indireta
- 5 ELISA
- 5 Reação de Hemaglutinação indireta
- 5 Intradermoreação

4 Trichiurose (*Tricocefalose*)

- 5 Método não descrito
- 5 Proctoparasitológico de fezes

4 Oxiurose

- 5 Método não descrito
- 5 Proctoparasitológico de fezes

4 Escabiose

- 5 Método não descrito
- 5 Raspado de pele no local suspeito

4 Pitirose

4 Mífase

2 Avaliação neuro-funcional do esfíncter anal

3 Eletromiografia anorretal

4 Normal

- 4 Alterada
- 3 Tempo de latência do nervo pudendo
 - 4 Normal
 - 4 Alterada

2 Manometria Anorretal

- 3 Normal
- 3 Alterada

- 4 Pressão de repouso
 - 5 Aumentada
 - 5 Diminuída
- 4 Pressão de contração
 - 5 Aumentada
 - 5 Diminuída
- 4 Reflexo retoanal inibitório
 - 5 Aumentado
 - 5 Diminuído / Ausente
- 4 Volume de urgência evacuatória
 - 5 Aumentada
 - 5 Diminuída
- 4 Volume máximo tolerável
 - 5 Aumentada
 - 5 Diminuída
- 4 Complacência retal
 - 5 Aumentada
 - 5 Diminuída
- 4 Defecometria
 - 5 Contração paradoxal do puborretal
 - 5 Não relaxamento esfícteriano
- 4 Índice de assimetria radial elevado
 - 5 Hipertonia não localizada
 - 5 Hipertonia localizada
 - 6 Posterior
 - 6 Anterior
 - 6 Lateral Direita
 - 6 Lateral Esquerda
 - 6 Antero-lateral Direita
 - 6 Postero-lateral Direita
 - 6 Antero-lateral Esquerda
 - 6 Postero-lateral Esquerda
- 4 Comprimento do canal anal funcional diminuído

1 EXAME ANATOMOPATOLÓGICO EM PROCTOLOGIA

2 Dermatopatias perianais

- 3 Hidradenite supurativa
- 3 Dermatite de contato
 - 4 indiferenciada
 - 4 aguda
 - 4 crônica
- 3 Dermamite actínica
- 3 Dermatite Seboréica
- 3 Líquen Simples crônico
- 3 Intertrigo
- 3 Psoríase
- 3 Vitiligo
- 3 Queratose folicular (Doença de Darier)
- 3 Líquen plano
- 3 *Craurose* (*líquen escleroso e atrófico*)
- 3 Pênfigo vulgaris
- 3 Leucoplasia
- 3 Acanthose Nigricante
- 3 Dermatite secundária a micoses (dermatofitose)
- 3 Escabiose perianal
- 3 Dermatite secundária a Oxiúriase
- 3 Esquistossomose cutânea
- 3 Dermatite inespecífica secundária a processo infeccioso
- 3 Lupus eritematoso sistêmico
- 3 Esclerodermia
- 3 Dermatomiosite
- 3 Eritema multiforme

2 Doenças Inflamatórias Colorretais

- 3 Doença de Crohn
- 3 Retocolite Ulcerativa Idiopática
- 3 Retocolite actínica
- 3 Retocolite específica
- 3 Descrição histopatológica
 - 4 Granuloma
 - 4 Edema
 - 5 Quantificação não descrita
 - 5 Discreto
 - 5 Acentuado
- 4 Células Gigantes
- 4 Muco Intracitoplasmático diminuído
- 4 Vasos na base da úlcera
- 4 Infiltrado Inflamatório
 - 5 Quantificação não descrita
 - 5 Intenso
 - 5 Leve
- 4 Atrofia e regeneração da mucosa
 - 5 Quantificação não descrita
 - 5 Acentuada
 - 5 Discreta
- 4 Desorganização da Arquitetura Glandular

- 4 Lagos de neutrófilo
- 4 Depleção Caliciforme
 - 5 Quantificação não descrita
 - 5 Intensa
 - 5 Leve
- 4 Abscessos de criptas
 - 5 Quantificação não descrita
 - 5 Numerosos
 - 5 Raros
- 4 Pólipos Inflamatórios
 - 5 Quantificação não descrita
 - 5 Numerosos
 - 5 Raros
- 4 Avaliação para Displasia
 - 5 Negativo para Displasia
 - 5 Indefinido para Displasia
 - 5 Positivo para Displasia
 - 6 Displasia de grau indeterminado
 - 6 Displasia de Baixo grau
 - 6 Displasia de Alto grau

2 Pólipos Colorretais

- 3 Pólio Hiperplásico
- 3 Pólio Hamatomatoso
 - 4 Não associado a Síndromes
 - 4 Síndrome de Peutz-Jegher
 - 4 Síndrome de Cronkite-Canada
 - 4 Síndrome de Cowden
- 3 Pólio Juvenil (de retenção)
- 3 Pólio Linfóide
- 3 Pólio Fibróide Inflamatório
- 3 Pólio Mioglandular Inflamatório (cloacogênico)
- 3 Pólio esquistosomático / ameboma
- 3 Pólio Adenomatoso
 - 4 Tipo Tubular
 - 4 Tipo Túbulo-viloso (misto)
 - 4 Tipo Viloso
 - 4 Invasão Pseudocarcinomatosa
 - 4 HNPCC
 - 4 Poliposes
 - 5 Polipose adenomatosa familiar
 - 5 Síndrome de Gardner
 - 5 Síndrome de Trucot
 - 5 Osteoma
 - 5 Odontopatias
 - 5 Cisto epidérmico
 - 5 Tumor desmóide
 - 5 Pancreatite
 - 5 Hepatoblastoma
 - 5 Cancinoma de tireóide
 - 5 Tumor periampulares
 - 5 Tumores gástricos / pancreáticos
 - 5 Tumor no Sistema Nervoso Central (Trucot)

2 Marcadores Genéticos

- 3 Negativos
- 3 APC
- 3 K-ras
- 3 p-53
- 3 DCC
- 3 MSH2
- 3 MLH1
- 3 PMS1
- 3 PMS2
- 3 MSH3
- 3 MSH6

2 Citometria de Fluxo

- 3 Anaploidia
- 3 Diploidia

2 Neoplasias em Proctologia

- 3 Tumores no Ânus e Canal Anal
 - 4 Margem Anal
 - 5 Carcinoma de Células Escamosas
 - 5 Carcinoma de Células Basais
 - 5 Doença de Bowen
 - 5 Tumor de Buschke-Lowenstein (carcinoma verrucoso)
 - 5 Sarcoma de Kaposi
 - 5 Doença de Paget
 - 5 Queratoacantoma
 - 4 Canal Anal
 - 5 Carcinoma de Células Escamosas
 - 6 Inespecífico
 - 6 Carcinoma Epidérmico
 - 6 Carcinoma Basalóide ou cloacogênico
 - 6 Carcinoma Epidérmico Mucóide
 - 5 Melanoma maligno
 - 5 Adenocarcinoma
 - 6 Indeterminado
 - 6 Tipo retal
 - 6 Tipo de glândulas e ductos anais
 - 6 Tipo de fístulas anorretais
 - 5 Carcinoma pseudosarcomatoso
 - 5 Sarcomas

5 Linfoma

3 Tumores Colorretais

- 4 Adenocarcinoma
 - 5 Inespecífico
 - 5 Pólio carcinomatoso
 - 5 Vegetante ou polipóide
 - 5 Mucoso (Anel de Sínete)
 - 5 Vilosos ou Papilar
 - 5 Ulcerado ou Lacunar
 - 5 Cirrótico ou Infiltrante
- 4 Tumor Carcinóide
- 4 Carcinoma de Células Escamosas
- 4 Adenoacantoma ou Carcinoma Adenoescamoso
- 4 Stem cell carcinoma
- 4 Carcinoma Neuroendócrino
- 4 Melanoma
- 4 Fibrossarcoma
- 4 Leiomiossarcoma
- 4 Rabdomiossarcoma
- 4 Lipossarcoma
- 4 Angiossarcoma
- 4 Linfossarcoma
- 4 Histiocitoma Fibroso Maligno
- 4 Linfoma Linfocítico
- 4 Sarcoma de Células Reticulares
- 4 Linfoma Folicular Gigante
- 4 Doença de Hodgkin
- 4 Mieloma Solitário
- 4 Mieloma Múltiplo
- 4 Plasmacitoma Extracelular com Plasmacitoma Múltiplo
- 4 Leucemia de Células Plasmáticas
- 4 Plasmacitoma Primário
- 4 Fibroma
- 4 Hiperplasia Linfóide
- 4 Granuloma eosinófilo ou pólio inflamatório
- 4 Leiomioma
- 4 Rabdomioma
- 4 Lipoma
- 4 Hemangioma
- 4 Linfangioma
- 4 Hemangiopericitoma
- 4 Hemangioendotelioma
- 4 Hemangioma benigno metastático
- 4 Sarcoma de Kaposi
- 4 Neurofibroma
- 4 Neuromioma ou Schwannoma
- 4 Ganglioneuroma
- 4 Tumor de células granulares

2 Estadiamento de Neoplasia em Proctologia

- 3 Estadiamento em Tumores no Ânus e Canal Anal
 - 4 Estadiamento TNM (Tumores de Ânus e Canal Anal)
 - 5 TX (Tumor primário não pode ser avaliado)
 - 5 T0 (Nenhuma evidência do tumor primário)
 - 5 Tis (Carcinoma *in situ*)
 - 5 T1 (Tumor com 2 cm ou menor)
 - 5 T2 (Tumor maior que 2 cm ou igual a 5 cm)
 - 5 T3 (Tumor maior que 5 cm)
 - 5 T4 (Tumor invasor – esfíncter não conta)
 - 4 Estadiamento do Câncer Anal (AJCC)
 - 5 Estágio 0 (Tis, N0, M0)
 - 5 Estágio I (T1, N0, M0)
 - 5 Estágio II (T2, N0, M0 / T3, N0, M0)
 - 5 Estágio IIIA (T1-T2-T3, N1, M0 / T4, N0, M0)
 - 5 Estágio IIIB (T4, N1, M0 / Tqualquer, N2-N3, M0)
 - 5 Estágio IV (Tqualquer, Nqualquer, M1)
 - 4 Estadiamento em Tumores no Ânus e Canal Anal (Papillon & Montbarbon)
 - 5 Estadiamento indeterminado / não descrito
 - 5 T-1 (Tumor com diâmetro inferior a 2 cm)
 - 5 T-2 (Tumor com diâmetro entre 2 e 4 cm)
 - 5 T-3 (Tumor com diâmetro acima de 4 cm, móvel, não invasivo)
 - 5 T-4A (Tumor invadindo mucosa vaginal)
 - 5 T-4B (Tumor invadindo estruturas vizinhas)
- 3 Estadiamento em Tumores Colorretais
 - 4 Estadiamento indeterminado / não descrito
 - 4 Classificação de Dukes (incluindo Classificação de Turnbull*)
 - 5 Dukes A (Invasão até camada Muscular Própria)
 - 5 Dukes B (Acometimento até Serosa ou camada gordurosa)
 - 5 Dukes C (Acometimento Ganglionar)
 - 6 Dukes C não sub-classificado
 - 6 Dukes C1 (Acometimento Ganglionar)
 - 6 Dukes C2 (Acometimento de tecido ou órgãos vizinhos)
 - 5 Dukes D (Metástase à distância)*
 - 4 Classificação de Astler e Coller
 - 5 A (Tumor Limitado à Mucosa)
 - 5 B1 (Acometimento de muscular própria, Linfonodos negativos)
 - 5 B2 (Tumor acomete até muscular própria e linfonodos regionais)
 - 5 C1 (Tumor além da muscular própria e linfonodos regionais)
 - 5 C2 (Tumor acomete e tecido e órgãos vizinhos)
 - 4 Sistema TNM (Tumor colorretal)
 - 5 T (Tumor primário)
 - 6 TX (Tumor primário não pode ser avaliado)
 - 6 T0 (Nenhuma evidência do tumor primário)
 - 6 Tis (Carcinoma intra-mucoso)

- 6 T1 (Tumor invade sub-mucosa)
- 6 T2 (Tumor invade muscular própria)
- 6 T3 (Tumor ultrapassa muscular própria)
- 5 N (Linfonodos)
 - 6 NX (Linfonodos não podem ser avaliados)
 - 6 N0 (Ausência de acometimento linfonodal)
 - 6 N1 (Acometimento de 1 a 3 linfonodos pericólicos)
 - 6 N2 (Acometimento de 4 ou mais linfonodos pericólicos)
 - 6 N3 (Acometimento de linfonodos em tronco vascular)
- 5 M (Metástase)
 - 6 MX (Metástase não pode ser avaliada)
 - 6 M0 (Ausência de Metástase a distância)
 - 6 M1 (Metástase a distância)
- 5 Estadiamento pelo TNM
 - 6 Não definido / não descrito
 - 6 Estadio 0 (Tis N0 M0)
 - 6 Estadio I (T1-2 N0 M0)
 - 6 Estadio II (T3 N1 ou T4 N0 M0)
 - 6 Estadio III (Tqualquer N2-3 M0)
 - 6 Estadio IV (Tqualquer Nqualquer M1)
- 4 Classificação de Diferenciação Celular (Borders)
 - 5 Indeterminado
 - 5 Grau I
 - 5 Grau II
 - 5 Grau III
 - 5 Grau IV
- 4 Classificação de Diferenciação Glandular
 - 5 Indeterminado
 - 5 Tumor Bem diferenciado
 - 5 Tumor Moderadamente diferenciado
 - 5 Tumor Indiferenciado / Pobremente Diferenciado / Anaplásico
- 4 Descrição da Margem Cirúrgica
 - 5 Não definida / não descrita
 - 5 Livre de doença neoplásica
 - 5 Acometida pela Neoplasia
- 4 Descrição de Invasão Vascular
 - 5 Não definida / não descrita
 - 5 Ausência de invasão vascular
 - 5 Presença de invasão vascular

2 Congelação

- 3 Indeterminada
- 3 Processo benigno
- 3 Neoplasia
- 3 Margem livre
- 3 Margem comprometida

1 RADIOLOGIA EM PROCTOLOGIA

2 Radiografia Simples de Abdome

- 3 Não descrita / Sem laudo
- 3 Radiografia Simples de Abdome Normal
- 3 Achados Anormais na Radiografia Simples de Abdome
 - 4 Não especificados
 - 4 Distensão gasosa de alças
 - 5 Delgado
 - 5 Cólon
 - 5 Delgado e cólon
 - 4 Níveis Hidroaérios
 - 4 Pneumoperitônio
 - 4 Ar Extraluminal Extraperitoneal
 - 4 Ar em órgãos e estruturas do andar superior do abdome
 - 4 Ar intramural (pneumatose)
 - 4 Líquido Livre Extraluminal
 - 4 Aumento de espessura da parede intestinal
 - 4 Alteração nas Haustrações e contornos colônicos
 - 4 Alteração no calibre colônico
 - 4 Alteração no curso colônico
 - 4 Corpo Estranho intra-retocolônico
 - 4 Alterações Diafragmáticas
 - 5 lado direito
 - 5 lado esquerdo
 - 4 Alterações Ósseas
 - 4 Alteração de Partes Moles
 - 4 Corpo Estranho extra-intestinal

2 Radiografia de Tórax

- 3 Não descrito / Sem laudo
- 3 Radiografia de Tórax Normal
- 3 Achados Anormais na Radiografia de Torax
 - 4 Não especificado
 - 4 Alteração em Área Supra-apical / Cervical
 - 5 Inespecíficas
 - 5 Bócio Mergulhante
 - 5 Adenopatias
 - 5 Enfisema sub-cutâneo
 - 5 Fraturas e luxações
 - 6 Vértex Cervicais
 - 6 Clavícula
 - 6 Úmero
 - 6 Escápula
 - 5 Costelas cervicais
 - 5 Fusões de corpos e/ou lâminas vertebrais
 - 5 Próteses em ossos
 - 5 Osteoporose

- 5 Atrofia de discos intervertebrais
- 5 Hérnia de Disco intervertebrais
- 5 Achatamento vertebrais
- 5 Osteófitos
- 5 Tumores Ósseos Primitivos
- 5 Metástases Ósseas
- 4 Alteração de Diafragma e Espaço Infradiafragmático
 - 5 Lado direito
 - 5 Lado esquerdo
 - 5 Bilateral
 - 5 Alterações inespecíficas
 - 5 Pneumoperitônio
 - 5 Paralisia e Elevação diafragmática
 - 5 Elevação diafragmática por distensão abdominal
 - 5 Hérnia Diafragmática
 - 6 Hérnia de Hiato
 - 6 Hérnia Diafragmática Traumática
 - 6 Hérnia de Bochdalek
 - 6 Hérnia de Morgagni
 - 6 Hérnia de Larrey

- 5 Alteração da superfície diafragmática
- 5 Abscesso sub-frênico
- 5 Alças intestinais entre o fígado e o diafragma
- 5 Hepatomegalia
- 5 Esplenomegalia
- 5 Distensão gástrica
- 5 Calcificação na vesícula biliar

4 Corpo Estranho

- 5 Não identificável
- 5 Projétil de arma de fogo
- 5 Lâmina de faca ou estilete
- 5 Marcapasso
- 5 Drenos
- 5 Sutures aramadas
- 5 Outros
- 5 Lado direito
- 5 Lado esquerdo
- 5 Bilateral
- 5 Localização indeterminada
- 5 Partes Moles Extracostais
- 5 Intrapulmonares
- 5 Vias aéreas
- 5 Esôfago
- 5 Espaço Pleural
- 4 Alterações Ósseas
 - 5 Fraturas
 - 6 Arcos costais
 - 6 Vértex
 - 6 Clavícula
 - 6 Esterno
 - 6 Úmero

- 5 Anomalias
 - 6 Costelas cervicais / extranumerárias
 - 6 Fusões de corpos ou lâminas vertebrais
 - 6 Projeção externa ou recuo do esterno

- 5 Doenças degenerativas
 - 6 Osteoprose
 - 6 Atrofia s e hérnias de disco intervertebrais
 - 6 Desvio na Coluna Vertebral
 - 6 Osteófitos
 - 6 Soldadura Ósseas

- 5 Tumores ósseos primitivos
- 5 Metástase Óssea

4 Alteração de Partes Moles

- 5 Inespecíficas
- 5 Enfisema sub-cutâneo
- 5 Outras

4 Alteração em Mediastino

- 5 Desvio dos Elementos do Mediastino
 - 6 Para a direita
 - 6 Para a esquerda
- 5 Alargamento do Mediastino
 - 6 Inespecífico
 - 6 Tumores mediastinais
 - 6 Megaeosfago chagásico

4 Alteração em Área cardíaca

- 5 Cardiomegalia
- 5 Deslocamento cardíaco
 - 6 Para a direita
 - 6 Para a esquerda

4 Alteração em Campos Pulmonares

- 5 Lado direito
- 5 Lado esquerdo
- 5 Bilateral
- 5 Alterações inespecíficas
- 5 Atelectasia
- 5 Congestão / Edema pulmonar
- 5 SARA
- 5 Pneumonias / Processos pneumônicos / Abscessos pulmonares
- 5 Pneumoconioses
- 5 Doença pulmonar por parasitas
- 5 Contusão pulmonar
- 5 Tumores benignos

- 5 Tumores malignos primitivos
- 5 Metástases pulmonares
 - 6 Única
 - 6 Múltipla
- 4 Alteração em Pleura e Espaço Pleural
 - 5 Lado direito
 - 5 Lado esquerdo
 - 5 Bilateral
 - 5 Alterações inespecífica
 - 5 Pneumotórax
 - 5 Hidrotórax
 - 5 Empiema
 - 5 Drenos
 - 5 Elementos Abominais intratorácicos
 - 5 Tumores
 - 5 Outros

2 Trânsito Intestinal

- 3 Não descrito / Sem laudo
- 3 Trânsito Intestinal Normal
- 3 Achados Anormais no Trânsito Intestinal
 - 4 Inespecífico
 - 4 Divertículos jejuno-ileais
 - 4 Pólipos
 - 4 Lipomas
 - 4 Linfoma
 - 4 Síndrome de má absorção (espru)
 - 4 Tuberculose ileocecal
 - 4 Doença de Crohn
 - 4 Blastomicose
 - 4 Ascariíase
 - 4 Estrongiloidíase
 - 4 Fístulas jejunais e ileais
 - 4 Invaginação jeunoileal
 - 4 Compressões e deslocamentos
 - 4 Hérnias abdominais externas
 - 5 Inespecífica
 - 5 Hérnia Incisional
 - 5 Hérnia Epigástrica
 - 5 Hérnia Umbilical
 - 5 Hérnias diafragmáticas traumáticas
 - 5 Hérnia de Hiato
 - 5 Hérnia de Bochdalek
 - 5 Hérnia de Morgagni
 - 5 Hérnias Inguinais
 - 5 Hérnia femoral
 - 5 Hérnia perineal
 - 5 Hérnia obturadora
 - 5 Hérnia ciática
 - 5 Hérnia pré-vesical
 - 5 Hérnia de Spiegel
 - 5 Hérnia Lombar
 - 5 Diástese dos retos
 - 5 Onfalocele
 - 5 Paraonfalocele
 - 4 Hérnias Abdominais Internas
 - 5 Inespecífica
 - 5 Hérnia Paraduodenal (Treitz)
 - 5 Hérnia do Forame de Winslow
 - 5 Hérnia transmesocólica
 - 5 Hérnia interna pós-operatória

2 Enema Opaco

- 3 Não descrito / Sem laudo
- 3 Enema Opaco Normal
- 3 Achados Anormais no Enema Opaco
 - 4 Alteração nos contornos parietais
 - 4 Alteração no padrão das haustrações
 - 4 Alteração no comprimento dos segmentos colônicos
 - 4 Alteração na mobilidade dos segmentos colônicos
 - 4 Compressão dos segmentos colônicos
 - 4 Não localizado
 - 4 Reto
 - 4 Sigmóide
 - 4 Cólon ascendente
 - 4 Cólon Transverso
 - 4 Cólon Descendente
 - 4 Ceco
 - 4 Divertículos
 - 5 Não localizado
 - 5 Reto
 - 5 Sigmóide
 - 5 Cólon ascendente
 - 5 Cólon Transverso
 - 5 Cólon Descendente
 - 5 Ceco
 - 4 Alterações Inflamatórias Inespecíficas de mucosa
 - 5 Não localizado
 - 5 Reto
 - 5 Sigmóide
 - 5 Cólon ascendente
 - 5 Cólon Transverso
 - 5 Cólon Descendente
 - 5 Ceco

- 4 Pólipos
 - 5 Não localizado
 - 5 Reto
 - 5 Sigmóide
 - 5 Cólon ascendente
 - 5 Cólon Transverso
 - 5 Cólon Descendente
 - 5 Ceco
- 4 Massas Tumorais
 - 5 Não localizado
 - 5 Reto
 - 5 Sigmóide
 - 5 Cólon ascendente
 - 5 Cólon Transverso
 - 5 Cólon Descendente
 - 5 Ceco
- 4 Lipomas
 - 5 Não localizado
 - 5 Reto
 - 5 Sigmóide
 - 5 Cólon ascendente
 - 5 Cólon Transverso
 - 5 Cólon Descendente
 - 5 Ceco
- 4 Doença de Crohn
 - 5 Não localizado
 - 5 Reto
 - 5 Sigmóide
 - 5 Cólon ascendente
 - 5 Cólon Transverso
 - 5 Cólon Descendente
 - 5 Ceco
- 4 Fístulas estercoral
 - 5 Não localizado
 - 5 Reto
 - 5 Sigmóide
 - 5 Cólon ascendente
 - 5 Cólon Transverso
 - 5 Cólon Descendente
 - 5 Ceco
- 4 Fecaloma
- 4 Invaginação
- 3 Enema Opaco Inconclusivo
 - 4 Preparo Inadequado
 - 5 Preparo não descrito
 - 5 Dieta de baixo resíduo 48 horas antes do exame
 - 5 Dieta líquida abundante no dia do exame
 - 5 Hidratação
 - 5 Laxativos
 - 6 Ácido ricinoléfico
 - 6 Fenofaleínas
 - 6 Bisacodil
 - 6 Picossulfato de Sódio
 - 6 Sena
 - 6 Ruibarbo
 - 6 Cáscara Sagrada
 - 6 Aloé
 - 6 Frangula
 - 6 Sulfato de Magnésio
 - 6 Sulfato de Sódio
 - 6 Citrato de Magnésio
 - 6 Hidróxido de Magnésio
 - 5 Enterocismas
 - 5 Agentes farmacológicos para relaxamento do cólon
 - 6 Glucagon
 - 6 Escopolamina
 - 6 Probutina
- 3 Complicações no Enema Opaco
 - 4 Inespecíficas
 - 4 Perfuração
 - 4 Complicações do contraste
 - 4 Complicações de agentes farmacológicos

2 Fistulografia

- 3 Ausência de Fístula
- 3 Fístula com trajeto indeterminado
- 3 Fístula Colon-cutânea
 - 4 Localização indefinida
 - 4 para Reto
 - 4 para Sigmóide
 - 4 para Cólon ascendente
 - 4 para Cólon Transverso
 - 4 para Cólon Descendente
 - 4 para Ceco
- 3 Fístula Entero-cutânea
- 3 Fístula Anal
- 3 Fístula Anorretal
- 3 Fístula Isquiorretal
- 3 Fístula Pelvi-retal (outros órgãos)

2 Defecografia

- 3 Não descrito / Sem laudo
- 3 Defecograma Normal
- 3 Achados Anormais no Defecograma
 - 4 Inespecífico

- 4 Retocele
 - 5 Inespecífica
 - 5 Anterior
 - 5 Posterior
 - 5 Laterais
- 4 Intussuscepção retal (prolapso retal interno)
 - 5 Inespecífico
 - 5 Mucoso
 - 6 Circunferencial
 - 6 Anterior
 - 5 Mural ou Total
 - 6 Circunferencial
 - 6 Anterior
- 4 Prolapso retal
- 4 Procidência retal
- 4 Enterocoele
 - 5 Enterocoele simples
 - 5 Enterocoele com prolapso retal
- 4 Discinesia do Músculo puborretal
- 4 Úlcera Retal Solitária
 - 5 Localização não especificada
 - 5 Mucosa retal anterior
 - 5 Mucosa retal posterior
 - 5 Circunferencial

3 Defecografia associada a cintilografia

2 Pouchografia (Bolsagrafias)

- 3 Não descrito / Sem laudo
- 3 Pouchografia Normal
 - 4 Tipo de bolsa ileal não descrita
 - 4 Bolsa Ileal em "L" (Fonkalrud)
 - 4 Bolsa Ileal em "J" (Usonomiya *et al.*)
 - 4 Bolsa Ileal em "S" ou "W" (Parks & Nicholls)
 - 4 Bolsa Ileal em "B" (Slors)
 - 4 Outras formas.
- 3 Achados Anormais na Pouchografia
 - 4 Inespecífico
 - 4 Alteração estrutural na bolsa
 - 4 Pouchítes
 - 4 Obstrução
 - 4 Incontinência fecal
 - 4 Fístulas
 - 5 Enterocutânea
 - 5 Anovaginal
 - 5 Perineal
 - 5 Ileo vesical
 - 5 Ileo vaginal
 - 4 Alterações na Anastomose Bolsa-anal
 - 5 Estenose
 - 5 Deiscência
 - 5 Retração
 - 5 Recidiva da doença na linha de anastomose

2 Peritoneografia (Herniografia)

- 3 Sem laudo / não descrita
- 3 Achados Inespecíficos
- 3 Hérnias abdominais externas
 - 4 Inespecífica
 - 4 Hérnia Incisional
 - 4 Hérnia Epigástrica
 - 4 Hérnia Umbilical
 - 4 Hérnias diafragmáticas traumáticas
 - 4 Hérnia de Hiato
 - 4 Hérnia de Bochdalek
 - 4 Hérnia de Morgagni
 - 4 Hérnias Inguinais
 - 5 Direta
 - 5 Indireta
 - 4 Hérnia femoral
 - 4 Hérnia perineal
 - 4 Hérnia obturadora
 - 4 Hérnia ciática
 - 4 Hérnia pré-vesical
 - 4 Hérnia de Spiegel
 - 4 Hérnia Lombar
 - 4 Diástese dos retos
 - 4 Onfalocoele
 - 4 Paraonfalocoele
- 3 Hérnias Abdominais Internas
 - 4 Inespecífica
 - 4 Hérnia Paraduodenal (Treitz)
 - 4 Hérnia do Forame de Winslow
 - 4 Hérnia transmesocólica
 - 4 Hérnia interna pós-operatória
- 3 Hérnias Internas Pós-Operatórias
 - 4 Hérnias retroanastomóticas
 - 4 Outras

2 Tempo de Trânsito Colorretal

- 3 Não descrito / Sem laudo
- 3 Tempo de Trânsito Colorretal Normal
- 3 Achados Anormais no Tempo de Trânsito Colorretal
 - 4 Inércia Colônica (marcadores em cólon direito após 3 dias)
 - 4 Obstrução ou disfunção distal (marcadores em retossigmóide após 3 dias)

2 Ultra-sonografia transparietal em Proctologia

3 Ultra-sonografia percutânea (abdominal e pélvica)

- 4 Não descrita / Sem laudo
- 4 Ultra-sonografia Normal
- 4 Achados Anormais na Ultra-sonografia percutânea (abdominal e pélvica)
 - 5 Anormalidades em cólons e/ou no reto
 - 6 Inespecífica
 - 6 Aumento de espessura da parede de alças
 - 6 Enrijecimento da parede de alças
 - 6 Tumores intraluminais em continuidade com a parede
 - 6 Estreitamento luminal
 - 6 Corpo Estranho
 - 6 Não localizado
 - 6 Reto
 - 6 Sigmóide
 - 6 Cólon ascendente
 - 6 Cólon Transverso
 - 6 Cólon Descendente
 - 6 Ceco
 - 5 Anormalidades no fígado
 - 6 Inespecífica
 - 6 Prosc. hepática
 - 6 Hérnia diafragmática a direita
 - 6 Desproporção entre tamanhos dos lobos / segmentos
 - 6 Superfície nodular / micronodular / granulações
 - 6 Elevações grosseiras na superfície hepática
 - 6 Cisto / abscesso sub-capsular
 - 6 Hepatomegalia
 - 6 Fígado com dimensões reduzidas (cirrótico)
 - 6 Hemocromatose
 - 6 Esteatose difusa
 - 6 Esteatose focal
 - 6 Hematomas
 - 6 Abscessos
 - 6 Cistos
 - 6 Tumor benigno primitivo (hemangioma)
 - 6 Tumor maligno primitivo (hepatocarcinoma)
 - 7 Menor que 5 cm
 - 7 Maior que 5 cm
 - 6 Tumor(s) maligno metastático
 - 7 Menor que 5 cm
 - 7 Maior que 5 cm
 - 6 Metástases múltiplas e difusas
 - 6 Localização não definida
 - 6 Ambos lobos hepáticos
 - 6 Lobo esquerdo
 - 7 Segmentos não definidos
 - 7 Segmento I
 - 7 Segmento II
 - 7 Segmento III
 - 7 Segmento IV
 - 6 Lobo direito
 - 7 Segmentos não definidos
 - 7 Segmento V
 - 7 Segmento VI
 - 7 Segmento VII
 - 7 Segmento VII
 - 5 Anormalidades nos demais órgãos abdominais
 - 6 Inespecífica
 - 6 Ar fora das alças
 - 6 Coleções líquidas fora das alças
 - 6 Invasão tumoral para outros órgãos
 - 7 Órgão não especificado
 - 7 Vagina
 - 7 Útero
 - 7 Próstata
 - 7 Bexiga
 - 7 Ureter
 - 7 Alças de delgado
 - 7 Estômago
 - 7 Parede abdominal
 - 7 Outros
 - 6 Linfadenomegalias
 - 7 Cadeias inespecíficas
 - 7 Mesentérica inferior
 - 7 Mesentérica superior
 - 7 Hilar hepática
 - 7 Tronco celiaco
 - 7 Periaórtica
 - 7 Paravertebral
 - 6 Implantes metastático peritoneais
 - 6 Massa tumoral retroperitoneal

2 Ultra-sonografia Transluminal em Proctologia

- 3 Ultra-sonografia Endoanal / Transanal
 - 4 Não descrita / Sem laudo
 - 4 Ultra-sonografia endoanal / transanal Normal
 - 4 Achados Anormais na Ultra-sonografia endoanal / transanal
 - 5 Achados anormais inespecíficos
 - 5 Lesão esfinteriana
 - 5 Hipertonía de Esfínter anal interno
 - 5 Abscessos perianais
 - 5 Trajetos fistulosos perianais
 - 5 Tumores anais
- 3 Ultra-sonografia Endorretal / Transretal

- 4 Não descrita / Sem laudo
- 4 Ultra-sonografia endometrial / transretal Normal
- 4 Achados Anormais na Ultra-sonografia endometrial / transretal
 - 5 Achados anormais inespecíficos
 - 5 Tumor da parede retal
 - 6 Grau de penetração indefinido
 - 6 Tis (Carcinoma intra-mucoso)
 - 6 T1 (Tumor invade sub-mucosa)
 - 6 T2 (Tumor invade muscular própria)
 - 6 T3 (Tumor ultrapassa muscular própria)
 - 6 Lesão tumoral intramural
 - 6 Extensão não definida
 - 6 Menor que 3 cm
 - 6 Maior que 3 cm
 - 5 Alteração na espessura da parede retal
 - 5 Abscesso perirectal
 - 5 Fístula perirectal
 - 5 Tumor perirectal

tilografia em Proctologia

- 3 Detecção de Hemorragia Digestiva Aguda
 - 4 Resultado não descrito / sem laudo
 - 4 Não detectável
 - 4 Positivo
 - 4 Localização não determinada
 - 4 Reto
 - 4 Sigmóide
 - 4 Colon Ascendente
 - 4 Colon Transverso
 - 4 Colon Descendente
 - 4 Ceco
 - 4 Intestino delgado
 - 4 Técnica não descrita
 - 4 Hemáceas marcadas com Cr51
 - 4 Sulfato coloidal de Tc 99m
 - 4 Hemáceas marcadas com Tc 99m
- 3 Detecção de Divertículo de Meckel
 - 4 Resultado não descrito / sem laudo
 - 4 Não detectável
 - 4 Positivo
 - 4 Técnica não descrita
 - 4 Pertencimento de Tc 99m
- 3 Detecção de perdas de proteínas
 - 4 Resultado não descrito / sem laudo
 - 4 Não detectável
 - 4 Positivo
 - 4 Técnica não descrita
 - 4 Albumina marcadas com Cr51
 - 4 Ceruloplasmina marcada com Cu65
- 3 Detecção da absorção de lipídios
 - 4 Resultado não descrito / sem laudo
 - 4 Não detectável
 - 4 Positivo
 - 4 Técnica não descrita
 - 4 Azeite de Oliva marcado com I 131
 - 4 Trioloina marcada com I 131
 - 4 Ácido oléico marcado com I 131
- 3 Detecção de abscessos abdominais e de colopatias inflamatórias
 - 4 Resultado não descrito / sem laudo
 - 4 Não detectável
 - 4 Positivo
 - 4 Técnica não descrita
 - 4 Citrato de Ga 67
 - 4 Leucócitos marcados com In 111
- 3 Detecção de Hepatopatias e Metástases hepáticas
 - 4 Resultado não descrito / sem laudo
 - 4 Não detectável
 - 4 Positivo
 - 4 Local não definido
 - 4 Lobo hepático direito
 - 4 Lobo hepático esquerdo
 - 4 Ambos os lobos
 - 4 Técnica não descrita
 - 4 Sulfato coloidal de Tc 99m
- 3 Cintilografia associada a tomografia (PET)

2 Tomografia Computadorizada em Proctologia

- 3 Tomografia abdominal e pélvica
 - 4 Não descrita / Sem laudo
 - 4 Tomografia Normal
 - 4 Achados Anormais na Tomografia abdominal e pélvica
 - 5 Anormalidades em cólons e/ou no reto
 - 6 Inespecífica
 - 6 Aumento de espessura da parede de alças
 - 6 Descontinuidade da parede de alças (fístulas, divertículos)
 - 6 Coleções supurativas relacionadas a alças
 - 6 Tumores intraluminais em continuidade com a parede
 - 6 Estreitamento luminal
 - 6 Corpo Estranho
 - 6 Não localizado/ não descrito
 - 6 Peri-anal
 - 6 Reto
 - 6 Sigmóide
 - 6 Cólon ascendente
 - 6 Cólon Transverso

- 6 Cólon Descendente
- 6 Ceco
- 5 Anormalidades no fígado
 - 6 Inespecífica
 - 6 Ptose hepática
 - 6 Hérnia diafragmática a direita
 - 6 Desproporção entre tamanhos dos lobos / segmentos
 - 6 Superfície nodular / micronodular / granulações
 - 6 Elevações grosseiras na superfície hepática
 - 6 Cisto / abscesso sub-capsular
 - 6 Hepatomegalia
 - 6 Esplenomegalia
 - 6 Fígado com dimensões reduzidas (cirrótico)
 - 6 Hemocromatose
 - 6 Esteatose difusa
 - 6 Síndrome de Budd-Chiari
 - 6 Esteatose focal
 - 6 Hematomas
 - 6 Abscessos
 - 6 Cistos
 - 6 Tumor benigno primitivo (hemangioma)
 - 6 Tumor maligno primitivo (hepatocarcinoma)
 - 7 Menor que 5 cm
 - 7 Maior que 5 cm
 - 6 Tumores(s) maligno metastático
 - 7 Menor que 5 cm
 - 7 Maior que 5 cm
 - 6 Metástases múltiplas e difusas
 - 6 Localização não definida
 - 6 Ambos lobos hepáticos
 - 6 Lobo esquerdo
 - 7 Segmentos não definidos
 - 7 Segmento I
 - 7 Segmento II
 - 7 Segmento III
 - 7 Segmento IV
 - 6 Lobo direito
 - 7 Segmentos não definidos
 - 7 Segmento V
 - 7 Segmento VI
 - 7 Segmento VII
 - 7 Segmento VII
- 5 Anormalidades nos demais órgãos abdominais
 - 6 Inespecífica
 - 6 Ar fora das alças
 - 6 Coleções líquidas fora das alças
 - 6 Invasão tumoral para outros órgãos
 - 7 Órgão não especificado
 - 7 Vagina
 - 7 Útero
 - 7 Próstata
 - 7 Bexiga
 - 7 Ureter
 - 7 Alças de delgado
 - 7 Estômago
 - 7 Parede abdominal
 - 7 Outros
 - 6 Linfadenomegalias
 - 7 Cadeias inespecíficas
 - 7 Mesentérica inferior
 - 7 Mesentérica superior
 - 7 Hilar hepática
 - 7 Tronco celiaco
 - 7 Periaórtica
 - 7 Paravertebral
 - 6 Implantes metastático peritoneais
 - 6 Massa tumoral retroperitoneal

2 Ressonância Nuclear Magnética em Proctologia

- 3 RNM abdominal e pélvica
 - 4 Não descrita / Sem laudo
 - 4 RNM Normal
 - 4 Achados Anormais na RNM abdominal e pélvica
 - 5 Anormalidades em cólons, reto e anus
 - 6 Inespecífica
 - 6 Aumento de espessura da parede de alças
 - 6 Descontinuidade da parede de alças (fístulas, divertículos)
 - 6 Coleções supurativas relacionadas a alças
 - 6 Tumores intraluminais em continuidade com a parede
 - 6 Estreitamento luminal
 - 6 Lesão de Esfíncter Anal
 - 6 Não localizado
 - 6 Peri-anal
 - 6 Reto
 - 6 Sigmóide
 - 6 Cólon ascendente
 - 6 Cólon Transverso
 - 6 Cólon Descendente
 - 6 Ceco
- 5 Anormalidades no fígado
 - 6 Ptose hepática
 - 6 Inespecífica
 - 6 Hérnia diafragmática a direita
 - 6 Desproporção entre tamanhos dos lobos / segmentos

- 6 Superfície nodular / micronodular / granulações
- 6 Elevações grosseiras na superfície hepática
- 6 Cisto / abscesso sub-capsular
- 6 Hepatomegalia
- 6 Esplenomegalia
- 6 Fígado com dimensões reduzidas (cirrótico)
- 6 Hemocromatose
- 6 Esteatose difusa
- 6 Síndrome de Budd-Chiari
- 6 Esteatose focal
- 6 Hematomas
- 6 Abscessos
- 6 Cistos
- 6 Tumor benigno primitivo (hemangioma)
- 6 Tumor maligno primitivo (hepatocarcinoma)
 - 7 Menor que 5 cm
 - 7 Maior que 5 cm
- 6 Tumore(s) maligno metastático
 - 7 Menor que 5 cm
 - 7 Maior que 5 cm
- 6 Metástases múltiplas e difusas
- 6 Localização não definida
- 6 Ambos lobos hepáticos
- 6 Lobo esquerdo
 - 7 Segmentos não definidos
 - 7 Segmento I
 - 7 Segmento II
 - 7 Segmento III
 - 7 Segmento IV
- 6 Lobo direito
 - 7 Segmentos não definidos
 - 7 Segmento V
 - 7 Segmento VI
 - 7 Segmento VII
 - 7 Segmento VIII
- 5 Anormalidades nos demais órgãos abdominais
 - 6 Inespecífica
 - 6 Ar fora das alças
 - 6 Coleções líquidas fora das alças
 - 6 Invasão tumoral para outros órgãos
 - 7 Órgão não especificado
 - 7 Vagina
 - 7 Útero
 - 7 Próstata
 - 7 Bexiga
 - 7 Ureter
 - 7 Alças de delgado
 - 7 Estômago
 - 7 Parede abdominal
 - 7 Outros
- 6 Linfadenomegalias
 - 7 Cadeias inespecíficas
 - 7 Mesentérica inferior
 - 7 Mesentérica superior
 - 7 Hilar hepática
 - 7 Tronco celíaco
 - 7 Periaórtica
 - 7 Paravertebral
- 6 Implantes metastático peritoneais
- 6 Massa tumoral retroperitoneal

1 TERAPÊUTICA EM PROCTOLOGIA (Doenças Anorretais)

2 Medidas higienodietéticas em proctologia

- 3 Não especificadas
- 3 Fibras na dieta / sene / plântago / mucilagens / psyllium
- 3 Aumento de líquidos na dieta
- 3 Higiene local com água / evitar papel higiênico
- 3 Banho de assento com água morna
- 3 Banho de assento com permanganato de potássio
- 3 Compressas com gelo / água fria
- 3 Evitar bebida alcoólica / condimentos / caféina
- 3 Evitar leite e derivados
- 3 Parar de fumar
- 3 Repouso físico / atividades que traumatizem o períneo
- 3 Abstinência sexual / uso de preservativo
- 3 Supositórios de glicerina / bisacodil
- 3 Enemas distais regulares
- 3 Tratamento da obesidade

2 Tratamento medicamentoso nas Doenças Anorretais (geral)

- 3 Não descrito
- 3 Pomada / creme a base de anestésico tópico
- 3 Supositório a base de anestésico
- 3 Pomada / creme a base de antiinflamatório tópico
- 3 Supositório a base de antiinflamatório
- 3 Pomada / creme a base de corticóide tópico
- 3 Supositório a base de corticóide
- 3 Infiltração com corticóide intradérmico
- 3 Pomada / creme a base de antifúngico tópico (imidazólicos e outros)
- 3 Pomada / creme a base de antibiótico tópico
- 3 Enema com anestésico endoanal
- 3 Enema a base de corticóide
- 3 Antiinflamatório sistêmico via oral / via parenteral
- 3 Anti-histamínico sistêmico via oral / via parenteral

- 3 Cumarina - troxerutina via oral
- 3 Diosmina via oral
- 3 Loperamida via oral
- 3 Difenoxilato-atropina via oral
- 3 Sulindac via oral

2 Utilização de Antibioticoterapia / antibioticoprofilaxia em proctologia

- 3 Utilizado Antibioticoprofilaxia
 - 4 Início 6 a 12 horas antes do procedimento
 - 4 Início próximo ao início do procedimento
 - 4 Antibiótico não descrito
 - 4 Cefalosporina 1ª geração
 - 4 Cefalosporina 2ª geração
 - 4 Cefalosporina 3ª geração
 - 4 Aminoglicosídeo
 - 4 Metronidazol
 - 4 Penicilinas
 - 4 Quinolonas
 - 4 Outros
- 3 Utilizada Antibioticoterapia
 - 4 Antibiótico não descrito
 - 4 Cefalosporina 1ª geração
 - 4 Cefalosporina 2ª geração
 - 4 Cefalosporina 3ª geração
 - 4 Cloranfenicol
 - 4 Tiamfenicol
 - 4 Doxiciclina
 - 4 Aminoglicosídeo
 - 4 Metronidazol
 - 4 Penicilinas
 - 4 Aminopenicilinas
 - 4 Ampicilina/subactan
 - 4 Vancomicina
 - 4 Macrolídeo
 - 4 Carbapenêmicos
 - 4 Sulfonamida
 - 4 Sulfametoxazol-trimetoprim
 - 4 Tetraciclina
 - 4 Outros
- 3 Antifúngicos
 - 4 Nistatina
 - 4 Itraconazol
 - 4 Cetoconazol
 - 4 Fluconazol
 - 4 Terbinafina
 - 4 Griseofulvina
 - 4 Anfotericina B
 - 4 Outros
- 3 Tratamento da tuberculose
 - 4 Rifampicina
 - 4 Isoniazida
 - 4 Pirazinamida
 - 4 Etambutol

2 Tratamento de Parasitoses Intestinais / anorretais / perianais

- 3 Não descrito
- 3 Benzoato de benzila
- 3 Metronidazol
- 3 Sulfametoxazol-trimetoprim
- 3 Albendazol
- 3 Mebendazol
- 3 Secnidazol
- 3 Tinidazol
- 3 Tiabendazol
- 3 Praziquantel
- 3 Cambendazol
- 3 Levamizol
- 3 Pamoato de Pirantel
- 3 Pamoato de Pirvínio
- 3 Oxipirantel
- 3 Oxaminiquine
- 3 Paromomicina
- 3 Furazolidona
- 3 Ivermectina
- 3 Clorossalicilamida
- 3 Niclosamida

2 Tratamento com procedimentos não cirúrgico na Doença Hemorroidária

- 3 Ligadura Elástica
 - 4 Ligadura única por sessão
 - 4 Ligaduras múltiplas por sessão
 - 4 Sessão única
 - 4 Múltiplas sessões
 - 5 2 sessões
 - 5 3 sessões
 - 5 mais que 3 sessões
- 4 Complicação da ligadura elástica
 - 5 Desconforto local / pressão local
 - 5 Soltura de ligadura
 - 5 Dor severa
 - 5 Hemorragia
 - 6 Leve / moderada
 - 6 Severa (transfusão / intervenção)
 - 5 Úlcera / fissura
 - 5 Trombose hemorroidária externa
 - 5 Sepsis / Síndrome de Fournier

- 3 Escleroterapia
 - 4 Não descrita
 - 4 Fenol 5%
 - 4 Outro esclerosante
 - 4 aplicação única
 - 4 aplicação múltipla
 - 4 Complicação da escleroterapia
 - 5 Desconforto local / pressão local
 - 5 Dor em queimação
 - 5 Hemorragia
 - 5 Trombose hemorroidária
 - 5 Abscesso / bacteremia
 - 5 Parafinoma
- 3 Fotocoagulação (Raio infra-vermelho)
 - 4 Não descrita
 - 4 Número máximo de pulsos por mamilo hemorroidário
 - 5 4 pulsos
 - 5 5 pulsos
 - 5 6 pulsos
 - 5 7 pulsos
 - 5 8 pulsos
 - 5 Mais que 8 pulsos
 - 4 Número de sessões
 - 5 1 sessão
 - 5 2 sessões
 - 5 3 sessões
 - 5 Mais que 3 sessões
 - 4 Intervalo das sessões
 - 5 Menor que 1 semana
 - 5 1 semana
 - 5 2 semanas
 - 5 Maior que 2 semanas
 - 4 Complicações das fotocoagulação
 - 5 Desconforto local / pressão local / vontade de evacuar
 - 5 Dor severa
 - 5 Hemorragia
 - 6 Leve / moderada
 - 6 Severa (transfusão / intervenção)
 - 5 Úlcera / fissura
 - 5 Trombose hemorroidária externa
 - 5 Abscesso / sepsis
- 3 Diatermia bipolar (BICAP)
 - 4 Não descrito
 - 4 Complicações do BICAP
 - 5 Desconforto local / pressão local / dor leve local
 - 5 Dor severa
 - 5 Hemorragia
 - 6 Leve / moderada
 - 6 Severa (transfusão / intervenção)
 - 5 Úlcera / fissura
 - 5 Trombose hemorroidária externa
 - 5 Abscesso / sepsis
- 3 Ultroid
 - 4 Não descrito
 - 4 Complicações do Ultroid
 - 5 Intolerância ao procedimento (demorado)
 - 5 Desconforto local / pressão local / dor leve local
 - 5 Dor severa
 - 5 Hemorragia
 - 6 Leve / moderada
 - 6 Severa (transfusão / intervenção)
 - 5 Úlcera / fissura
 - 5 Trombose hemorroidária externa
 - 5 Abscesso / sepsis
- 3 Crioterapia
 - 4 Não descrito
 - 4 Nitrogênio líquido
 - 4 Óxido nítrico
 - 4 Uso de anestésico local
 - 5 Sim
 - 5 Não
 - 4 Complicações da crioterapia
 - 5 Desconforto local / pressão local
 - 5 Dor severa
 - 5 Hemorragia
 - 6 Leve / moderada
 - 6 Severa (transfusão / intervenção)
 - 5 Não cicatrização após a terceira semana
 - 5 Úlcera / fissura
 - 5 Trombose hemorroidária externa
 - 5 Abscesso / sepsis
- 3 Dilatação Anal (Lord)
 - 4 Não descrito
 - 4 Uso de dilatador complementar posteriormente
 - 4 Complicações da dilatação
 - 5 Desconforto local / dor leve
 - 5 Dor severa
 - 5 Hematoma perianal
 - 5 Incontinência
 - 6 Incontinência parcial temporária
 - 6 Incontinência definitiva
- 3 Infiltração com hialuronidase na trombose hemorroidária

2 Tratamento Cirúrgico da Doença Hemorroidária

- 3 Posicionamento do paciente para cirurgia ano-retal
 - 4 Não descrito
 - 4 Posição de Litotomia
 - 4 Posição de Buie (decúbito dorsal)
 - 4 Posição de Sims (decúbito lateral)
- 3 Excisão de hemorróida externa trombosada / tromboectomia
- 3 Hemorroidectomia cirúrgica
 - 4 Técnica não descrita
 - 4 Hemorroidectomia aberta
 - 5 Técnica de Miligan-Morgan
 - 5 Técnica de Ruiz-Moreno
 - 5 Outra técnica
 - 4 Hemorroidectomia semi-fechada
 - 5 Técnica de Rene-Obano
 - 5 Outra técnica
 - 4 Hemorroidectomia fechada
 - 5 Técnica de Fergusonson
 - 5 Técnica de Sokol
 - 5 Técnica de Parks
 - 5 Técnica de Whitehead
 - 5 Outra técnica
 - 4 Hemorroidectomia com LASER
 - 5 Tipo não descrito
 - 5 Laser CO2
 - 5 Laser Nd:YAG
 - 5 Laser Argônio
 - 4 Hemorroidectomia com uso de Diatermia
 - 4 Hemorroidectomia por Grampeamento (Circular)
- 3 Esficterotomia associada a hemorroidectomia

2 Tratamento Cirúrgico de Hematoma Perianal

- 3 Não descrito
- 3 Fechamento por 1º intensão
- 3 Fechamento por 2º intensão

2 Tratamento da Fissura Anal

- 3 Tratamento Clínico específico da Fissura Anal
 - 4 Nitratos
 - 5 Nitroglicerina tópica
 - 5 Gliceril Trinitato tópica
 - 5 Dintrato de isossorbida tópico
 - 5 Nitrato via oral
 - 5 Cefaléia associada ao uso de nitratos
 - 5 Hipotensão ortostática associada ao uso de nitratos
 - 4 Nifedipina
 - 4 Indoramina
 - 4 Toxina Botulínica
 - 5 Quantidade não descrita
 - 5 5 unidades
 - 5 10 unidades
 - 5 15 unidades
 - 5 20 unidades
 - 5 Mais que 20 unidades

- 3 Escleroterapia
- 3 Crioterapia
- 3 Dilatação anal

- 3 Tratamento Cirúrgico da Fissura Anal
 - 4 Esfínterectomia lateral interna
 - 4 Esfínterectomia posterior
 - 4 Fistulectomia associada a esfínterectomia

2 Tratamento cirúrgico da papilite hipertrófica (crônica)

- 3 Ressecção cirúrgica
 - 4 Não descrita
 - 4 Bisturi elétrico
 - 4 Bisturi a laser

2 Ressecção cirúrgica da criptite

- 3 Não descrita
- 3 Exérese cirúrgica da criptite

2 Tratamento cirúrgico do Abscesso Anorretoperineal

- 3 Não descrito
- 3 Drenagem perianal simples
- 3 Drenagem perianal associada a fistulectomia primária
- 3 Drenagem perianal associada a esfínterectomia interna
- 3 Drenagem interna para o reto (abscesso supra-elevadores)
- 3 Associação a colostomia

2 Localização cirúrgica da Fístula Anorretoperineal / outros órgãos

- 3 Identificação do orifício interno
 - 4 Não descrito
 - 4 Pelo extravasamento de pús
 - 4 Utilização de água oxigenada / corantes / solução salina / leite
 - 4 Ao nível da cripta (linha deteada)
 - 4 Acima da linha deteada
 - 4 Abaixo da linha deteada
 - 4 Não localizado
 - 4 Posterior
 - 4 Anterior
 - 4 Lateral Direita
 - 4 Lateral Esquerda
 - 4 Antero-lateral Direita
 - 4 Postero-lateral Direita
 - 4 Antero-lateral Esquerda

- 4 Postero-lateral Esquerda
- 3 Orifícios Fistulosos externo
 - 4 Não descrito
 - 4 Único
 - 4 Múltiplos
 - 4 Não localizado
 - 4 Posterior
 - 4 Anterior
 - 4 Lateral Direita
 - 4 Lateral Esquerda
 - 4 Antero-lateral Direita
 - 4 Postero-lateral Direita
 - 4 Antero-lateral Esquerda
 - 4 Postero-lateral Esquerda
- 3 Classificação antômica da Fístula perianal
 - 4 Simples
 - 4 Complexa
 - 4 "Em ferradura"
 - 4 Sub-mucosa
 - 4 Intersfínteriana
 - 4 Transesfínteriana
 - 4 Supra-esfínteriana
 - 4 Extra-esfínteriana
- 3 Fístula retovaginal
 - 4 Fístula não localizada
 - 4 Fístula baixa (anal)
 - 4 Fístula média (reto distal)
 - 4 Fístula alta (reto proximal)
- 3 Fístula vesicorretal
 - 4 Fístula não localizada
 - 4 Fístula baixa (anal)
 - 4 Fístula média (reto distal)
 - 4 Fístula alta (reto proximal)

2 Tratamento da Fístula perianal

- 3 Reparo químico / biológico
 - 4 Metacrilato / cianoacrilato
 - 4 Cola de fibrina
- 3 Fistulotomia
 - 4 Técnica não descrita
 - 4 Fistulotomia primária (tempo único)
 - 4 Reparo esfínteriano no trajeto (dois tempos)
 - 5 Não descrito
 - 5 Fios inabissortíveis
 - 5 Dreno de Penrose
 - 5 Outro dreno de borracha
 - 5 Frouxo
 - 5 Cortante
 - 4 Drenagem dos trajetos secundários (complexas)
 - 4 Abertura dos trajetos secundários (complexas)
 - 4 Esfínteroplastia primária
 - 4 Marsupialização
 - 4 Fechamento do trajeto de forma primária
- 3 Fistulectomia
 - 4 Técnica não descrita
 - 4 Fechamento do orifício interno por sutura trans-anal
 - 4 Fechamento do orifício interno via transesfínteriana
 - 4 Fechamento do orifício interno com retalho mucoso
 - 4 Fechamento do orifício interno com retalho cutâneo
 - 4 Reconstrução primária
- 3 Drenagem com reparo de longa permanência
- 3 Colostomia protetora (temporária)
- 3 Colostomia permanente
- 3 Abordagem cirúrgica por outras técnicas (abdominal, perineal)
- 3 Ressecção ano-retal

2 Tratamento de Fístula Retovaginal e Vesicorretal

- 3 Uso de Cola de Fibrina
- 3 Tratamento cirúrgico não descrito
- 3 Fistulectomia transvaginal / fechamento por planos
- 3 Fistulotomia simples (perineal)
- 3 Fistulotomia associada a anoplastia (perineal)
- 3 Fistulectomia transesfínteriana
- 3 Fistulectomia transanal / reconstrução por planos / retalho
- 3 Fistulectomia transsacral / reconstrução por planos / retalho
- 3 Fistulectomia via abdominal / interposição
- 3 Fechamento trajeto fistuloso via abdominal / interposição
- 3 Interposição de segmento colônico saudável no trajeto fistuloso (Bricker)
- 3 Ressecção retal
- 3 Colostomia temporária
- 3 Colostomia permanente

2 Tratamento da Incontinência Anal

- 3 Tratamento não cirúrgico
 - 4 Biofeedback
 - 5 Período indefinido
 - 5 Período menor que 1 mês
 - 5 Período entre 1 e 2 meses
 - 5 Período maior que 2 meses
 - 4 Estimulação elétrica esfínteriana
 - 5 Estimulo intra-anal
 - 5 Estimulo dos nervos sacrais
 - 4 "Balão" intra-anal
- 3 Tratamento cirúrgico
 - 4 Não descrito
 - 4 Reparo da ruptura esfínteriana

- 4 Esfínteroplastia anterior com reconstrução perineal
- 4 Reparo pós-anal do assoalho pélvico (Parks)
- 4 Transposição muscular
 - 5 Graciloplastia
 - 5 Graciloplastia dinâmica (estímulo elétrico)
 - 5 Transposição glúteo máximo
- 4 Cerclagem anal
- 4 Implante de esfínter artificial
- 4 Criação de conducto para irrigação colônica
 - 5 Via apêndice cecal / cecostomia
 - 5 Via colostomia continente com válvula
- 4 Colostomia temporária
- 4 Colostomia permanente

2 Tratamento cirúrgico do Prolapso e da Procidência anorretal

- 3 Não descrito
- 3 Cirurgias perineais
 - 4 Cirurgia de Lockhart-Mummary
 - 4 Hemorroidectomia à Ferguson
 - 4 Cerclagem de Thiersch
 - 4 Cirurgia de Notaras (cerclagem com fita de Dacron)
 - 4 Cirurgia de Delorme
 - 4 Retossigmoidectomia perineal de Altmeier
 - 4 Reparo de retocela transanal
- 3 Cirurgias abdominais
 - 4 Retopexia suturada
 - 4 Retopexia com tela / reparo de Ripstein
 - 4 Cerclagem com esponja de Ivalon (Wells)
 - 4 Reparo de Frykman-Goldberg / sigmoidectomia
 - 4 Retossigmoidectomia abdominal (ressecção anterior)
 - 4 Cirurgia videolaparoscópica
 - 5 Retossigmoidectomia
 - 5 Retopexia
 - 6 sem tela
 - 6 com tela
- 3 Cirurgia abdominoperineal
 - 4 Duhamell-Haddad

2 Tratamento da Estenose Anal

- 3 Dilatação anal
 - 4 Digital
 - 4 Dilatadores plástico / metálico
- 3 Tratamento cirúrgico
 - 4 Não descrito
 - 4 Esfínterectomia anal / ressecção da fibrose
 - 4 Anoplastia com retalho cutâneo
 - 5 Técnica não descrita
 - 5 Plástica em "Y-V" (Ramanujan)
 - 5 Plástica com avanço de retalho (Rosen)
 - 5 Plástica do retalho "caseiro" (Christensen)
 - 5 Plástica em "C" (Oh-Zinberg)
 - 5 Plástica em "S" (Ferguson)
 - 5 Retalho posterior (Samer)
 - 5 Retalho "insular em U" (Pearl)
 - 5 Retalho em "diamante" (Caplin-Kodner)
 - 5 Retalho do pudendo interno
 - 4 Anoplastia com retalho mucoso / abaixamento mucoso
 - 4 Retalho misto (Reis Neto)

2 Tratamento específico nas Doenças Dermatológicas Perianais

- 3 Afatar agentes irritantes (dermatite de contato / farmacodermia)
- 3 Psoralenos (oral / tópico)
- 3 Tratamento PUV-A (tópico)
- 3 Monobenilicler de hidroquinona (tópico)
- 3 Ácido nicotínico (tópico)
- 3 Ácido salicílico (tópico)
- 3 Ácido retinóico (tópico)
- 3 Ácido tricloroacético (tópico)
- 3 Coalatar (tópico)
- 3 *Liquor carbonis detergens* (tópico)
- 3 Talco a base de ácido bórico / óxido de zinco / Alcanfor
- 3 Antralina (tópico)
- 3 Aciclovir (oral / parenteral)
- 3 Valaciclovir (oral)
- 3 Famciclovir (oral)
- 3 Dapsone (oral)
- 3 Azatioprina (oral)
- 3 Ciclofosfamida (oral)
- 3 Metotrexate (oral)
- 3 Etrretinato (oral)
- 3 Ciclosporina (oral)
- 3 Estrogênios (oral)
- 3 Vitamina A (oral)
- 3 Vitamina D (oral)
- 3 Curetagem da lesão / aplicação de iodo
- 3 Compressa com água boricada / bicarbonada
- 3 Exérce cirúrgica da lesão

2 Tratamento cirúrgico específico para Prurido Anal Primário

- 3 Injeções Subcutâneas perianais
 - 4 Soluções oleosas anestésicas
 - 4 Soluções de azul-de-metileno
 - 4 Solução de fenol em óleo de amêndoa
 - 4 Soluções alcólicas
- 3 Tratamento cirúrgico
 - 4 Técnica não descrita

- 4 Técnica com neurotomia superficial simples
- 4 Técnica com incisões radiais / circulares perianais
- 4 Técnicas com utilização de retalhos

2 Tratamento do Condiloma Anal Acuminado

- 3 Podofila
- 3 Ácidos cáusticos (b/tricloroacético)
- 3 Crioterapia
 - 4 Protóxido de azoto
 - 4 Nitrogênio
- 3 5-Fluorouracil
- 3 Interferon
 - 4 Tópico
 - 4 Intralesional
 - 4 Sistêmico
- 3 Imunoterapia (vacina autógena)
- 3 Eletrocoagulação
- 3 Laserterapia
 - 4 Dióxido de Carbono
 - 4 ND:YAG
- 3 Excisão cirúrgica

2 Tratamento da Doença Pilonidal Sacrococcígea

- 3 Tricotomia regional
- 3 Injeção de fenol / iodoformio (fase crônica)
- 3 Drenagem simples de abscesso (fase aguda)
- 3 Drenagem de abscesso com curetagem (fase aguda)
- 3 Incisão do cisto com curetagem (fase crônica)
- 3 Incisão do cisto, curetagem e marsupialização (fase crônica)
- 3 Técnica de Bascon - desbridamento lateral (fase crônica)
- 3 Ressecção radical do cisto (fase crônica)
 - 4 Deixando ferida aberta
 - 4 Marsupialização
 - 4 Fechamento primário simples
 - 4 Fechamento primário com retalho
 - 5 Cutâneo
 - 5 Fascio-cutâneo
 - 5 Mio-cutâneo
- 3 Criocirurgia

2 Tratamento cirúrgico da Hidradenite Supurativa Perineal

- 3 Incisão e curetagem
- 3 Excisão com Fechamento Primário
- 3 Excisão com Cicatrização por Segunda Intensão / marsupialização
- 3 Excisão com enxerto
- 3 Excisão com rotação de retalho
- 3 Colostomia temporária

2 Tratamento do Trauma Anorretoperineal / Corpo Estranho Anorretal

- 3 Localização cirúrgica da lesão
 - 4 Perfuração intraperitoneal
 - 4 Perfuração retroperitoneal
 - 4 Perfuração sub-peritoneal
 - 4 Perfuração incompleta
 - 4 Lesões perineais / esfinterianas
 - 4 Lesões associadas
 - 5 Bexiga
 - 5 Uretra
 - 5 Órgãos genitais
- 3 Remoção manual do corpo estranho
- 3 Remoção por anuscopia / retossigmoidoscopia do corpo estranho
- 3 Remoção por colonoscopia do corpo estranho
- 3 Tratamento cirúrgico do Trauma Anorretoperineal
 - 4 Abordagem por laparotomia
 - 4 Abordagem perineal
 - 4 Desbridamento da lesão
 - 4 Drenagem externa da lesão
 - 4 Rafia primária da lesão anal / perianal / perineal
 - 4 Reparo primário da lesão esfinteriana
 - 4 Rafia primária da lesão retal
 - 4 Drenagem do espaço pré-sacral
 - 4 Lavagem distal do reto
 - 4 Colostomia protetora
- 3 Arteriografia com embolização

2 Tratamento das Proctites Inflamatória Inespecíficas

- 3 Dieta enteral
- 3 Glutamina
- 3 NPT
- 3 Octreotida / somatostatina
- 3 Ômega-3
- 3 Ansiolíticos (benzodiazepínicos e outros)
- 3 Anti-depressivos (Tricíclicos / fluoxetina e outros)
- 3 ACTH
- 3 Sulfasalazina via oral
- 3 Mesalazina (5-ASA)
 - 4 Via oral
 - 4 Supositório
 - 4 Enema
- 3 Olsalazina
- 3 Azatioprina
- 3 6-Mercaptopurina
- 3 Metotrexate
- 3 Ciclosporina
- 3 Zileuton
- 3 Infliximab
- 3 Tratamento cirúrgico

- 4 Isolamento retal (colectomia com ileostomia)
- 4 Íleo-reto anastomose (T-L / T-T / Bolça ileal)
- 4 Proctectomia
- 4 Mucosectomia retal

2 Tratamento específico da Proctite Actínica

- 3 Formalina 4% (enema)
- 3 Laserterapia (Nd:YAG)
- 3 Eletrocoagulação bipolar
- 3 Oxigenioterapia hiperbárica
- 3 Tratamento cirúrgico
 - 4 Proctectomia anterior com anastomose baixa
 - 4 Proctectomia trans-sacral com anastomose baixa
 - 4 Proctectomia com mucosectomia e anastomose cólon-anal (Parks)
 - 4 Proctectomia de Parks em dois tempos
 - 4 Proctectomia com anastomose íleo-anal com reservatório ileal
 - 4 Duhamel modificado para estenose retal
 - 4 Ileostomia temporária
 - 4 Colostomia temporária
 - 4 Colostomia definitiva

2 Tratamento de Pólipos e Neoplasias Benignas anorretais

- 3 Polipectomia Endoscópica
 - 4 Técnica não descrita
 - 4 *Hot biopsy*
 - 4 Biopsia fria
 - 4 Excisão com alça sem eletrocoagulação
 - 4 Eletrocoagulação com alça
- 3 Colotomia e polipectomia por laparotomia
- 3 Excisão Transanal
 - 4 Excisão convencional
 - 5 Bisturi elétrico
 - 5 Bisturi "frio"
 - 5 Grampeador
 - 5 Mucosectomia retal
 - 4 Eletrocoagulação
 - 4 Laserterapia
 - 4 TEM (Microcirurgia Transanal microscópica)
- 3 Excisão / Ressecção Transcoccígea (Kraske)
- 3 Excisão Interestiférica anterior
- 3 Tratamento cirúrgico para Polipos Familiares
 - 4 Proctocolectomia com ileostomia definitiva / bolça ileal
 - 4 Colectomia total com íleo-reto anastomose
 - 4 Reto-colectomia com anastomose íleo-anal
 - 4 Reto-colectomia com anastomose bolça ileal-anal

2 Achados cirúrgicos no Câncer Retal

- 3 Altura do tumor
 - 4 Indeterminado / não descrito
 - 4 4 cm do bordo anal
 - 4 5 cm do bordo anal
 - 4 6 cm do bordo anal
 - 4 7 cm do bordo anal
 - 4 8 cm do bordo anal
 - 4 9 cm do bordo anal
 - 4 10 cm do bordo anal
 - 4 Mais que 10 cm do bordo anal
- 3 Aspecto macroscópico do tumor
 - 4 Não descrito
 - 4 Polipóides / vegetantes
 - 4 Vegetantes / ulcerados
 - 4 Pólipos carcinomatosos
 - 4 Cirróticos / infiltrativos / estenóticos
 - 4 Mucosos
 - 4 Vilosos / papilares
- 3 Tumor fixo
- 3 Adenopatia pré-sacral
- 3 Invasão tumoral
 - 4 Vagina
 - 4 Útero
 - 4 Bexiga
 - 4 Ureter
 - 4 Outros órgãos
- 3 Metástase
 - 4 Peritoneal
 - 4 Hepática
 - 4 Outros órgãos

2 Tratamento cirúrgico do Câncer Retal

- 3 Ressecções locais
 - 4 Polipectomia Endoscópica
 - 5 Técnica não descrita
 - 5 *Hot biopsy*
 - 5 Biopsia fria
 - 5 Excisão com alça sem eletrocoagulação
 - 5 Eletrocoagulação com alça
 - 4 Excisão Transanal
 - 5 Excisão convencional
 - 5 Bisturi elétrico
 - 5 Bisturi "frio"
 - 5 Grampeador
 - 5 Mucosectomia retal
 - 5 Eletrocoagulação
 - 5 Laserterapia
 - 5 TEM (Microcirurgia Transanal microscópica)
- 4 Excisão / Ressecção Transcoccígea (Kraske)

- 4 Excisão Intersfinteriana anterior
- 3 Ressecções abdominais (anterior)
 - 4 Retossigmoidectomia parcial com anastomose colometal baixa manual
 - 4 Retossigmoidectomia parcial com anastomose colometal baixa mecânica
- 3 Ressecções abominoecdoanais
 - 4 Retossigmoidectomia total com anastomose coloanal manual
 - 4 Retossigmoidectomia total com anastomose coloanal mecânica
 - 4 Retossigmoidectomia total com anastomose coloanal manual retardada
 - 4 Retossigmoidectomia total com anastomose bolça colônica-anal manual
 - 4 Retossigmoidectomia total com anastomose bolça colônica-anal mecânica
- 3 Amputação abdominoperineal com colostomia definitiva (Miles)
- 3 Ressecções ampliadas
 - 4 Hemicolectomia esquerada
 - 4 Retoclectomia
- 3 Cirurgia alargada / associada
 - 4 Histerectomia
 - 4 Ooforectomia
 - 4 Salpingectomia
 - 4 Cistectomia
 - 4 Ureterectomia
 - 4 Prostactectomia
 - 4 Enterectomia
 - 4 Hepatctomia
- 3 Colectomia a Hartmann
 - 4 Urgência
 - 4 Paliativa
- 3 Colostomia
 - 4 Urgência
 - 4 Paliativa
- 3 Passagem cirúrgica de endoprótese
- 3 Reoperação

2 Tratamento cirúrgico do Câncer de Anus e Canal Anal

- 3 Imunoablação tópica
- 3 Criocirurgia
- 3 Laserterapia
- 3 Ressecção Local com margem de segurança
- 3 Esvaziamento iniquinal radical
- 3 Amputação abdominoperineal com colostomia definitiva (Miles)
- 3 Miles com ressecção alargada da pele do períneo
- 3 Colostomia
- 3 Reoperação / cirurgia após recidiva

2 Quimioterapia / Radioterapia no Câncer Anorretal

- 3 Quimioterapia neo-adjuvante (pré-operatória)
- 3 Quimioterapia adjuvante (pós-operatória)
- 3 Quimioterapia na doença avançada
- 3 Quimioterapia Portal / Quimioembolização hepática
- 3 Drogas / esquema terapêutico não descrito
- 3 Drogas descritas
 - 4 5-Fluoracil
 - 4 5-Fluorodesoxiuridina
 - 4 Nitrosuréia
 - 4 Leucovorin
 - 4 Mitomicina C
 - 4 Cisplatina
 - 4 Metotrexate
 - 4 PALA
 - 4 Semustine
 - 4 Fioratur
 - 4 Doxilfluridine
 - 4 Raltitrexato
 - 4 5-etiniluracil
 - 4 Trimetrexate
 - 4 Irinotecam
 - 4 Oxalipatin
 - 4 Capecibatina
 - 4 Doxorubicina
 - 4 Bleomicina
 - 4 Ciclofosfamida
 - 4 Ácido fólico
 - 4 Lipiodol
- 3 Imunoterapia
 - 4 BCG
 - 4 Levamisol
 - 4 Combinações de superantígenos
 - 4 Vacina de DNA
 - 4 Anticorpos monoclonais
 - 4 Interferon
 - 4 PSKR
 - 4 Interleucinas
- 3 Hipertermioquimioterapia
- 3 Radioterapia pré-operatória
- 3 Radioterapia pós-operatória
- 3 Radioterapia intra-operatória
- 3 Radioterapia endocavitária
- 3 Braquiterapia
- 3 Radioterapia paliativa / doença avançada
- 3 Dose de radiação não descrita
- 3 Dose total de radiação
 - 4 10 Gy
 - 4 15 Gy
 - 4 20 Gy
 - 4 25 Gy
 - 4 30 Gy

- 4 35 Gy
- 4 40 Gy
- 4 45 Gy
- 4 50 Gy
- 4 55 Gy
- 4 60 Gy
- 4 Mais que 60 Gy
- 3 Período de duração da radioterapia
 - 4 Desconhecido
 - 4 1 semana
 - 4 2 semanas
 - 4 3 semanas
 - 4 4 semanas
 - 4 5 semanas
 - 4 6 semanas
 - 4 7 semanas
 - 4 8 semanas
 - 4 Mais que 8 semanas
- 3 Resposta ao tratamento
 - 4 Remissão completa
 - 4 Remissão parcial (resposta maior que 50%)
 - 4 Estável / Não responsível

2 Tratamento da Estenose Retal pós cirúrgica

- 3 Tratamento clínico
- 3 Dilatações
- 3 Tratamento cirúrgico (estenoplastia)
 - 4 Estenoplastia convencional
 - 4 Estenoplastia com grampeado linear
 - 4 Estenoplastia com grampeador circular

2 Detalhes relacionados a técnica cirúrgica

- 3 Preparo pré-cirúrgico não descrito
- 3 Preparo pré-cirúrgico descrito
 - 4 Restrição dietética
 - 4 Enteroclasma com enema
 - 5 Período de aplicação desconhecido
 - 5 Noite anterior ao procedimento
 - 5 Antes do procedimento
 - 4 Laxativos orais
 - 5 Não descrito
 - 5 Ácido ricinoléico
 - 5 Fenofaleínas
 - 5 Bisacodil
 - 5 Picossulfato de Sódio
 - 5 Sena
 - 5 Ruibarbo
 - 5 Cáscara Sagrada
 - 5 Aloé
 - 5 Frângula
 - 5 Sulfato de Magnésio
 - 5 Sulfato de Sódio
 - 5 Citrato de Magnésio
 - 5 Hidróxido de Magnésio
 - 4 Manitol
 - 4 Polietileno glicol (PEG)
 - 4 Fosfato de Sódio (Fosfossoda)
- 3 Tipo de Anestesia não descrito
- 3 Tipo de anestesia descrito
 - 4 Sedação
 - 4 Anestesia Local
 - 5 Técnica não descrita
 - 5 Infiltração perineal "em leque"
 - 5 Infiltração pela técnica "do anzol"
 - 5 Lidocaína
 - 5 Bupivacaína
 - 5 Ropivacaína
 - 5 Uso de adrenalina no anestésico
 - 5 Uso de bicarbonato de sódio no anestésico
 - 5 Uso de hialuronidase na solução anestésica
 - 4 Bloqueio raquidiano
 - 4 Bloqueio peridural
 - 4 Anestesia Geral
- 3 Posicionamento do paciente não descrito
- 3 Posicionamento do paciente descrito
 - 4 Decúbito dorsal (supina)
 - 4 Posição de Litotomia e variantes
 - 4 Posição de Buic/ "em canivete" (decúbito ventral)
 - 4 Posição de Sims e variantes (decúbito lateral)
 - 4 Posição genupeitoral / Ritter / Hines (decúbito ventral)
- 3 Técnica cirúrgica não descrita
- 3 Técnica cirúrgica descrita (tempo principal)
- 3 Anastomose / sutura manual
 - 4 Término-terminal
 - 4 Término-lateral
 - 4 Látero-lateral
 - 4 Plano único
 - 4 Em 2 planos
 - 4 Em 3 planos
 - 4 Pontos separados
 - 4 Pontos contínuos
 - 4 Fios descritos
 - 5 Catgut simples
 - 5 Catgut cromado
 - 5 Colágeno

- 5 Ácido poliglicólico (Dexon®)
- 5 Poliglactina 910 (Vicryl®)
- 5 Lactomer (Polysorb®)
- 5 Polidioxanone (PDS®)
- 5 Poligliconato (Maxon®)
- 5 Poliglecaprone 25 (Monocryl®)
- 5 Algodão
- 3 Seda
- 5 Nylon
- 5 Dacron (Mersilene®)
- 5 Polipropileno (Prolene®)
- 5 Aço Inoxidável
- 5 0
- 5 00
- 5 000
- 5 0000
- 3 Anastomose / sutura mecânica
 - 4 Término-terminal
 - 4 Término-lateral
 - 4 Látero-lateral
 - 4 Duplo grampeamento
 - 4 Grampeador não descrito
 - 4 Grampeador linear não cortante
 - 4 Grampeador linear não cortante articulado
 - 4 Grampeador linear cortante
 - 4 Grampeador circular
 - 4 Tamanho do grampeador não descrito
 - 4 21 mm
 - 4 25 mm
 - 4 28 mm
 - 4 30 mm
 - 4 31 mm
 - 4 33 mm
 - 4 34 mm
 - 4 55 mm
 - 4 60 mm
 - 4 75 mm
 - 4 80 mm
 - 4 90 mm
 - 4 100 mm
- 3 Drenagem cavitária
 - 4 Dreno tubular
 - 4 Dreno laminar
 - 4 Exteriorização abdominal
 - 4 Exteriorização perineal

1 EVOLUÇÃO PÓS-TRATAMENTO DAS DOENÇAS ANORRETAIS

2 Complicações após Hemorroidectomia

- 3 Não descrito
- 3 Sangramento
 - 4 Não descrito
 - 4 Leve / moderado
 - 4 Severo (intervenção cirúrgica)
- 3 Retenção urinária
- 3 Infecção de ferida
- 3 Trombose hemorroidária
- 3 Constipação / Impactação fecal
- 3 Plicomas
- 3 Estenose anal
- 3 Fissura anal
- 3 Incontinência anal
- 3 Fístula anal
- 3 Prolapso mucoso
- 3 Ectrópio mucoso
- 3 Prurido anal
- 3 Cisto epidérmico
- 3 Hemorróida "recorrente"

2 Complicação após Tratamento da Fissura Anal

- 3 Equimose / hematoma local
- 3 Hemorragia
- 3 Abscesso perianal / sepsis
- 3 Incontinência anal
- 3 Persistência da fissura
- 3 Recorrência da fissura

2 Complicações após tratamento cirúrgico do abscesso anorretoperineal

- 3 Recidiva do abscesso
- 3 Fístula perianal
- 3 Sepsis
- 3 Fásceite necrotizante (Síndrome de Fournier)
- 3 Incontinência anal

2 Complicações após tratamento da Fístula Anorretoperineal

- 3 Sepsis / Abscesso / fásceite
- 3 Incontinência anal
- 3 Recidiva
- 3 Atraso na cicatrização

2 Complicações após tratamento da Incontinência Anal

- 3 Sepsis / Abscesso / fásceite
- 3 Incontinência anal
 - 4 soiling
 - 4 para gases
 - 4 para líquidos
 - 4 para sólidos

- 4 Incontinência Permanente
- 4 Incontinência Temporária
 - 5 Temporária inespecífica
 - 5 Temporária diurna
 - 5 Temporária noturna
 - 5 Associada a circunstâncias determinadas
 - 5 Associada a incontinência urinária

3 Atraso na cicatrização

2 Complicação após tratamento cirúrgico do Prolapso e Procidência

- 3 Infecção em ferida operatória
- 3 Sepsis / Abscesso / fásceite
- 3 Sangramento / hematoma
- 3 Obstipação / impactação fecal
- 3 Incontinência anal
- 3 Recidiva

2 Complicações após tratamento cirúrgico da Estenose anal

- 3 Infecção na ferida operatória
- 3 Sepsis / abscesso / fásceite
- 3 Hematoma
- 3 Isquemia / necrose de retalho
- 3 Incontinência
- 3 Recidiva

2 Complicações após tratamento de Condiloma, DST e dermatopatias perianais

- 3 Ausência de melhora dos sintomas / lesões
- 3 Intolerância medicamentosa / tratamento
- 3 Displasia
- 3 Neoplasia
- 3 Recidiva

2 Período de cicatrização pós-cirúrgico na Doença Pilonidal Sacrococcígea

- 3 Indeterminado
- 3 2 semanas
- 3 3 semanas
- 3 4 semanas
- 3 5 semanas
- 3 6 semanas
- 3 7 semanas
- 3 8 semanas
- 3 9 semanas
- 3 10 semanas
- 3 11 semanas
- 3 12 semanas
- 3 4 meses
- 3 5 meses
- 3 6 meses
- 3 Mais que 6 meses

2 Complicação pós-tratamento da Doença Pilonidal Sacrococcígea

- 3 Infecção de ferida operatória
- 3 Sepsis
- 3 Cronificação após drenagem primária de abscesso
- 3 Recidiva na forma de abscesso
- 3 Recidiva na forma crônica / trajetos fistulosos
- 3 Defeito cicatricial / má cicatrização
- 3 Perda de sensibilidade cutânea
- 3 Necrose de retalho
- 3 Malignização / carcinoma espinocelular

2 Complicação pós-tratamento da Hidradenite Supurativa Perineal

- 3 Infecção de ferida operatória
- 3 Sepsis
- 3 Recidiva
- 3 Defeito cicatricial / má cicatrização
- 3 Perda de sensibilidade cutânea
- 3 Necrose de retalho

2 Complicações após Tratamento do Trauma Anorretoperineal

- 3 Infecção de Ferida Operatória
- 3 Abscesso perianal
- 3 Sepsis
- 3 Fásceite necrotizante (Síndrome de Fournier)
- 3 Fístula perianal
- 3 Incontinência anal
- 3 Estenose Anal

2 Complicações após Tratamento das Proctites

- 3 Intolerância medicamentosa / efeitos colaterais
- 3 Intratabilidade clínica
- 3 Complicações locais (hemorragia / Perfuração / Megacólon tóxico)
- 3 Complicações Sistêmicas (osteoarticulares / cutâneas / hepatobiliar / outras)
- 3 Alteração grave do desenvolvimento (crianças / adolescentes)
- 3 Necessidade de tratamento cirúrgico (urgência / eletivo)
- 3 Displasia
- 3 Neoplasia
- 3 Complicações cirúrgicas
 - 4 Infecções
 - 4 Fístula
 - 5 Anastomótica
 - 5 Periclostômica
 - 5 Para outro órgão
 - 4 Estenose
 - 4 Obstrução intestinal

- 4 Incontinência
- 4 Bursite ilcal
- 4 Neoplasia
- 4 Retração / necrose de clostomia
- 4 Outras

3 Óbito

2 Complicações após Tratamento das Neoplasias Anorretais

- 3 Impotência / infertilidade / dispareunia
- 3 HPB
- 3 Infecção de trato urinário
- 3 Estreitamento uretral
- 3 Fístula vesical
- 3 Infecção de ferida operatória
- 3 Sepsis
- 3 Abscesso perineal
- 3 Abscesso pélvico
- 3 Deiscência de sutura
- 3 Fístula estercoral
- 3 Hemorragia perineal
- 3 Hérnia perineal
- 3 Dor perineal
- 3 Não cicatrização da ferida perineal
- 3 Sinus perineal persistente
- 3 Sangramento na anastomose
- 3 Obstrução na anastomose
- 3 Obstrução (brida)
- 3 Estenose anastomótica
- 3 Complicações na colostomia
- 3 Incontinência / alteração do ritmo intestinal
- 3 Doença neurogênica perineal
- 3 Proctite actínica
- 3 Dermatite perineal actínica

2 Evolução das Doenças Benignas após Tratamento

- 3 Desaparecimento dos sintomas / cura / melhora importante
- 3 Inalteração do quadro / piora sintomática / falha no tratamento
- 3 Complicações relacionadas ao tratamento

2 Evolução do Câncer Anorretal após Tratamento

- 3 Remissão
 - 4 Período indeterminado
 - 4 1 ano pós-tratamento
 - 4 2 anos pós-tratamento
 - 4 3 anos pós-tratamento
 - 4 4 anos pós-tratamento
 - 4 5 anos pós-tratamento
 - 4 6 anos pós-tratamento

- 4 7 anos pós-tratamento
- 4 8 anos pós-tratamento
- 4 9 anos pós-tratamento
- 4 10 anos pós-tratamento
- 4 Mais que 10 anos pós-tratamento

3 Recidiva

4 Local

- 5 Suporte clínico
- 5 Cirurgia para ressecção
- 5 Cirurgia paliativa
- 5 Quimioterapia
- 5 Radioterapia

4 Linfadenopatia

- 5 Suporte clínico
- 5 Tratamento cirúrgico
- 5 Quimioterapia
- 5 Radioterapia

4 Metástase

5 Hepática

- 6 Suporte clínico
- 6 Hepatectomia
- 6 Alcoolização
- 6 Radioablação
- 6 Quimioembolização
- 6 Quimioterapia

5 Óssea

- 6 Suporte clínico
- 6 Quimioterapia
- 6 Radioterapia

5 Genital

- 6 Suporte clínico
- 6 Ressecção cirúrgica
- 6 Quimioterapia
- 6 Radioterapia

5 Pulmonar

- 6 Suporte clínico
- 6 Ressecção cirúrgica
- 6 Quimioterapia
- 6 Radioterapia

5 Outros locais

3 Óbito